

**'N STUDENTGESENTREERDE OPLEIDINGSRAAMWERK VIR
KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS IN
NOORD-KAAPSE PLATTELANDSE GEMEENSKAPPE**

STÉPHANIE VAN DER WALT

**Proefskrif ingelewer vir die graad
Doktor in Wysbegeerte (PhD)
aan die
Universiteit van Stellenbosch**



Promotors:

Prof. CA Kapp

Prof. EB Welmann

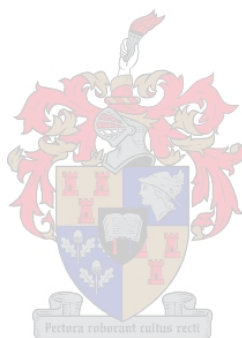
Desember 2006

VERKLARING

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie proefskrif vervat, my eie werk is en dat ek dit nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige universiteite ter verkryging van 'n graad voorgelê het nie.

Handtekening:

Datum:



OPSOMMING

Gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika word die afgelope 12 jaar van demokrasie gekenmerk deur ingrypende politieke, sosiale en ekonomiese veranderinge. Die transformasie van gesondheidsorgdienste en politieke beleidsveranderinge het veroorsaak dat groter klem op primêre gesondheidsorgdienste geplaas word.

Reeds vroeg in die transformasieproses van gesondheidsorgdienste het belanghebbendes besef dat die verpleegkundige, gespesialiseerde opleiding nodig het ten einde 'n omvattende gesondheidsorgdiens te lewer. Verskeie opvoedkundige instansies het begin om formele en informele programme aan te bied om aan die nuwe uitdagings van die verpleegprofessie te voldoen. Alhoewel minimum vereistes ten opsigte van die inhoud en kliniese praktika deur die beroepsraad vasgestel is, het die aanbiedingswyses, koste, duur en tipe kwalifikasie wat toegeken is aan kliniese verpleegpraktisyne, aansienlik verskil. Daar was egter geen eenvormigheid ten opsigte van die programme nie, nog is daar enige wetenskaplik-gefundeerde pogings aangewend om te bepaal of hierdie programme aan die behoeftes van die student uit die plattelandse gemeenskap voldoen. Alhoewel 'n verskeidenheid van opleidingsprogramme beskikbaar is, word steeds te min kliniese verpleegpraktisyne opgelei. Bowendien is opleiding gefokus op stedelike gemeenskappe.

Die doel van die navorsing was om die verpleegkundiges op die platteland se siening ten opsigte van kliniese verpleegopleiding te bepaal en deur middel van hul insette 'n opleidingsraamwerk te ontwikkel wat hul behoeftes aanspreek. Hierdie navorsing het dus vanuit 'n verklarend-beskrywende paradigma ontwikkel. Die gevallestudie as navorsingsontwerp was in hierdie navorsing gebruik.

'n Literatuurstudie was gedoen oor die ontwikkeling van primêre gesondheidsorgdienste internasionaal en nasionaal. Die literatuurstudie omskryf ook die ontwikkeling van opleidingsprogramme vir kliniese verpleegpraktisyne. Die derde hoofstuk van die literatuurstudie was gewy aan die teoretiese aspekte ten opsigte van die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir volwasse studente.

Die studentgesentreerde opleidingsraamwerk het ontstaan uit die data wat versamel is deur middel van vraelyste aan kliniese verpleegpraktisyne en semi-gestruktureerde onderhoude wat met verpleegkundiges wat nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie, gevoer is. Semi-gestruktureerde onderhoude was ook met die toesighouers van die verpleegkundiges werksaam in klinieke en gemeenskapsgesondheidsorgsentrums in die Noord-Kaap gevoer.

Die respondente het 'n positiewe houding getoon ten opsigte van opleiding in kliniese verpleegkunde en die meeste het aangedui dat hulle graag oor die addisionele kwalifikasie wil beskik om hul kennis te verbeter, beter pasiëntsorg te lewer en dat hulle professioneel wil ontwikkel. Die respondente het egter aangedui dat personeeltekorte, finansiële redes en gesinsverantwoordelikhede die hooforsake is waarom hulle nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie. Tydens die navorsing het dit ook duidelik geword dat geen formele opleiding tans in Kimberley aangebied word vir kliniese verpleegpraktisyns nie, aangesien geen mentors beskikbaar is nie. Alhoewel die respondente beperkte toegang tot rekenaars het, het hulle aangedui dat hulle graag rekenaargesteunde opleiding saam met fisiese kontak wil hê.

Hierdie navorsing het aangedui dat geen skriftelike beleid ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap bestaan nie. 'n Definitiewe bydrae is gelewer ten opsigte van die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die Noord-Kaapse platteland, aangesien geen opleidingsraamwerk vir hierdie groep verpleegkundiges tans beskikbaar is nie. Hierdie navorsing het ook daarin geslaag om die noodsaaklikheid vir beleid oor die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaapse platteland daar te stel.



SUMMARY

During the past twelve years of democracy health care services in South Africa have been influenced by political, social and economic change. As a result of the transformation of health care services and the change of political policy, the focus on primary health care increased. During the early stages of the transformation of health care services stakeholders realized that in order to provide an extensive health care service specialized training is required. Various educational institutions provided formal and informal programmes in order to meet the new challenges of the nursing profession. Although minimum requirements of the content and clinical practice have been established by the nursing council, the mode of presentation, costs, duration and type of qualification awarded to clinical nursing practitioners differed substantially. Uniformity in terms of programme content was lacking, neither were any scientifically founded attempts made to establish whether these programmes fulfilled the needs of the student in the rural community. Although a variety of training programmes exist the number of trained clinical nursing practitioners is still inadequate. In addition training is focused on the urban community.

The objective of the research was to determine the opinion of the rural nurse on clinical nursing education, and to develop a training framework based on their input which would meet their needs. This research was conducted from an explanatory-descriptive paradigm. The case study was used as research design.

A literature study on the development of primary health care both internationally and nationally was done. The literature study revealed the development of training programmes for clinical nurses. Chapter three of the literature study is dedicated to the theoretical aspects of the design of a student centered training framework for the adult student.

A student centered training framework has created from data gathered via questionnaires completed by clinical nurses and semi-structured interviews with semi-qualified nurses. Semi-structured interviews have also been conducted with the supervisors of nurses working in clinics and community health centres in the Northern Cape.

The conclusion that respondents showed a positive attitude towards training in clinical nursing was encouraging. The majority of respondents indicated that they would welcome an additional qualification which will improve their knowledge and would result in better patient care. The respondents highlighted staff shortages, financial constraints and family responsibility as the main obstacles towards these qualifications. During the research it became clear that no formal training is currently available in Kimberley. This is as a result of the absence of mentors.

Although the respondents have limited access to computers they indicated that they would prefer computer supported training in conjunction with physical contact sessions.

The research indicated that no formal policy on the training of clinical nurses exists in the rural Northern Cape. In the absence of a training framework the research further contributed towards the development of a student centered training framework for clinical nurses in rural Northern Cape. The research succeeded in highlighting the necessity for formal policy on the training of clinical nurses in rural Northern Cape.



ERKENNINGS

Ek wil graag my opregte dank en waardering uitspreek teenoor:

- Ons Hemelse Vader wat deur Sy liefde en genade my gedra het om hierdie navorsingsprojek te voltooi;
- My studieleier, prof. CA Kapp vir sy begeleiding, ondersteuning en aanmoediging met hierdie projek. Sy kreatiewe insette en deeglikheid waarmee hy hierdie projek benader het, was noodsaaklik vir hierdie projek, maar ook vir my professionele ontwikkeling as navorser;
- My mede-studieleier, prof. EB Welmann vir haar motivering, inspirasie en leiding;
- Dr. Thys, Direkteur van Gesondheidsorgdienste in die Noord-Kaap wat toestemming verleen het tot die uitvoer van hierdie navorsing;
- Die respondente in die Noord-Kaap wat bereid was om deel te neem aan hierdie navorsing en sonder wie se insette hierdie navorsing onmoontlik sou wees;
- Prof. Daan Nel van die Sentrum vir Statistiese Konsultasie van die Universiteit van Stellenbosch vir sy kundige bydrae met die ~~analiser~~analiserings van data;
- Corneli Strydom vir haar onbaatsugtige diens en puik taalversorging;
- Wikus van Zyl , van SUN MeDIA, vir sy kundigheid;
- My ouers en familie wat deurgaans soveel ondersteuning en onderskraging getoon het; en
- André vir jou aanmoediging en vertroue in my gestel om hierdie navorsingsprojek suksesvol te voltooi.



INHOUD

OPSOMMING	I
SUMMARY	III
ERKENNINGS	VI
HOOFSTUK 1: INLEIDING EN AGTERGROND VAN DIE NAVORSING	1
1.1 Rasionaal	1
1.2 Probleemstelling	3
1.3 Navorsingsdoel	7
1.4 Navorsingsmetodologie	8
1.4.1 Navorsingsontwerp en benadering	8
1.4.2 Populasie en Steekproefneming	8
1.4.3 Data-insameling	9
1.4.4 Data-ontleding	9
1.5 Operasionele beskrywings	10
1.6 Beperkings van die navorsing	11
1.7 Uiteensetting van die hoofstukke	11
1.8 Samevatting	12
HOOFSTUK 2: 'n INTERNASIONALE EN NASIONALE PERSPEKTIEF OP PRIMÊRE GESONDHEIDSORG	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Omskrywing van primêre gesondheidsorg	13
2.3 Ontwikkeling van primêre gesondheidsorg internasionaal en nasionaal	14
2.4 Transformasie van gesondheidsorgdienslewering internasionaal en nasionaal	18
2.5 Posisie van die verpleegkundige ten opsigte van dienslewering en opleiding	25
2.6 Samevatting	27
HOOFSTUK 3: OPLEIDING VAN KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS: INTERNASIONAAL EN NASIONAAL	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Internasionale en nasionale opleiding van verpleegkundiges	29
3.3 Internasionale en nasionale opleidingsprogramme vir kliniese verpleegpraktisyne	31
3.3.1 Verenigde State van Amerika (VSA)	33
3.3.2 Engeland	34
3.3.3 Australië	34
3.3.4 Indië	35
3.3.5 Namibië	36
3.3.6 Suid-Afrika	37

3.4	Aanbiedingswyses en duur van programme in kliniese verpleegkunde in Suid-Afrika	39
3.4.1	Tradisionele blokstelsel – Residensieël	39
3.4.2	Deeltydse stelsel – Residensieël	40
3.4.3	Deeltydse stelsel – Papiergedrewe afstandsonderrig	41
3.4.4	Interaktiewe telematiese onderrig	41
3.5	Assessering in bestaande programme	43
3.6	Samevatting	45

HOOFSTUK 4: TEORETIESE ASPEKTE TEN OPSIGTE VAN 'n STUDENTGESENTEERDE OPLEIDINGSRAAMWERK VIR VOLWASSE STUDENTE		46
4.1	Inleiding	46
4.2	Begripsomskrywing	47
4.2.1	Kurrikulum / Program / Raamwerk	47
4.2.2	Omskrywing van die term: Programontwikkeling	48
4.2.3	Begripsomskrywing van die term: Programontwerp	48
4.3	Die proses van programontwikkeling in verpleegkunde binne hoër onderwys in Suid-Afrika	49
4.4	Faktore wat 'n rol speel in die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir volwasse studente op die platteland	51
4.4.1	Populasie waarvoor die studentgesentreerde raamwerk ontwikkel word	53
4.4.2	Onderrigbenaderings en metodes	59
4.4.3	Assessering	69
4.5	Konseptuele raamwerk ten opsigte van die faktore wat 'n rol speel in die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyne op die platteland van die Noord-Kaap	74
4.6	Samevatting	77

HOOFSTUK 5: NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE		78
5.1	Inleiding	78
5.2	Navorsingsontwerp en benadering	78
5.3	Teikengroep en steekproefneming	83
5.4	Data-insameling	89
5.4.1	Vraelyste	89
5.4.2	Onderhoude	90
5.5	Geldigheid en betroubaarheid data-insamelingsinstrumente	91
5.6	Loodsstudie	93
5.7	Etiese oorwegings tydens data-insameling	95
5.8	Data-analise	96
5.9	Beperkinge tydens data-insameling	97
5.10	Samevatting	97

HOOFSTUK 6: AANBIEDING, ANALISE EN BESPREKING VAN DATA	99
6.1 Inleiding	99
6.2 Demografiese besonderhede van respondente	101
6.3 Behoeftes van verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap	108
6.3.1 Werksituasie van respondente	109
6.3.2 Gesinsverpligtinge	111
6.3.3 Geografiese ligging	113
6.3.4 Toeganklikheid tot rekenaartegnologie	115
6.4 Kliniese verpleegpraktisyns-opleiding in die Noord-Kaap	116
6.4.1 Aanbiedingswyse vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap	118
6.4.2 Assessering van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap	124
6.4.3 Duur en inhoud van programme in kliniese verpleegkunde	127
6.5 Beleid van die Nasionale Departement van Gesondheid ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns	129
6.6 Samevatting	130
HOOFSTUK 7: SINTESE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS	131
7.1 Inleiding	131
7.2 Sintese van die navorsing	132
7.2.1 Sintese van die literatuurnavorsing (Hoofstukke 2, 3 en 4)	132
7.2.2 Sintese van die bevindinge van die vraelys en onderhoude	135
7.3 Gevolgtrekkings	137
7.3.1 Gevolgtrekking ten opsigte van demografie	137
7.3.2 Gevolgtrekking ten opsigte van verdere opleiding	137
7.3.3 Gevolgtrekking ten opsigte van struikelblokke	137
7.3.4 Gevolgtrekking ten opsigte van behoeftes	138
7.3.5 Gevolgtrekking ten opsigte van beleid	139
7.4 Aanbevelings	139
7.4.1 Aanbevelings ten opsigte van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap	139
7.4.2 Aanbevelings ten opsigte van die beleid van die Provinsiale Departement Gesondheid	140
7.4.3 Aanbevelings ten opsigte van verdere navorsing	142
7.5 Samevatting	144

BRONNELYS	146
BYLAE A: REGULASIES EN DIREKTIEF TEN OPSIGTE VAN DIE DIPLOMA-PROGRAM IN KLINIESE VERPLEEGKUNDE	157
BYLAE B1: TOESTEMMING TOT NAVORSING AAN MEV. THUMSI	178
BYLAE B2: TOESTEMMINGSBRIEF: DR. THYS TEN OPSIGTE VAN NAVORSING	182
BYLAE C: VRAELYS	184
BYLAE D1: SEMI-GESTRUKTUREERDE VRAELYS VIR VERPLEEGKUNDIGES SONDER DIE KWALIFIKASIE IN KLINIESE VERPLEEGKUNDE	199
BYLAE D2: SEMI-GESTRUKTUREERDE VRAELYS VIR TOESIGHOUERS VAN VERPLEEGKUNDIGES OP DIE PLATTELAND	201
BYLAE E: STUDENTGESENTREERDE STRATEGIESE BEPLANNINGSPROSES	203
BYLAE F: DIE STUDENTGESENTREERDE KURRIKULUM RAAMWERK VAN DOLENCE	216
BYLAE G: NOORD-KAAPSE STRATEGIESE PLAN VIR 2003-2006	225
BYLAE H: NORME EN STANDAARDE VAN OMVATTENDE GESONDHEIDSORGDIENSTE WAT DEUR DIE DEPARTEMENT VAN GESONDHEID OPGESTEL IS	251
BYLAE I: BEWYS VAN NEXUS SOEKTOG	328

LYS VAN TABELLE

TABEL 1.1: Kliniese Verpleegpraktisyns opgelei per provinsie (1992-1997)	4
TABEL 1.2: Aantal klinieke en beskikbare opgeleide kliniese verpleegpraktisyns	5
TABEL 1.3: Steekproefneming	9
TABEL 2.1: Persentasie klinieke wat daaglik noodsaaklike dienste lewer in Suid-Afrika gedurende 2003	23
TABEL 2.2: Persentasie klinieke wat kliniese protokolle het in Suid-Afrika (2003)	24
TABEL 3.1: Geografiese verspreiding van verpleegkundiges per 100 000 van die populاسie (2001)	37
TABEL 3.2: Aanbiedingswyses van teoretiese en praktiese aspekte van kliniese verpleegkunde programme – internasionaal en nasionaal	42
TABEL 4.1: Die invloed van die Nasionale Kwalifikasie Raamwerk op onderrig en leer	50
TABEL 4.2: Opsomming van 'n studentegesentreerde opleidingsraamwerk	52
TABEL 4.3: Opsomming van die term: Volwasse-leer	54
TABEL 4.4: Opsomming van onderrigmetodes volgens Jarvis	64
TABEL 5.1: Steekproefneming	85
TABEL 5.2: Gesondheidsorgdistrikte met dorpe vir dienslewering	89
TABEL 6.1: Aantal klinieke met ten minste een opgeleide kliniese verpleegkundige	100
TABEL 6.2: Geslagsverspreiding van respondente	101
TABEL 6.3: Redes waarom nog nie kwalifikasie in kliniese verpleegkunde het nie	104
TABEL 6.4: Redes waarom respondente graag die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde wil verwerf en waarom die kliniese verpleegpraktisyns wel oor die kwalifikasie beskik	110
TABEL 6.5: Gemeenskappe per distrik van die Noord-Kaap	129

LYS VAN FIGURE

FIGUUR 2.1:	Diensprogramstuktuur vir primêre gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika	22
FIGUUR 4.1:	Skematiese voorstelling van probleemgebaseerde onderrig in Verpleegkunde	62
FIGUUR 4.2:	Konseptuele raamwerk van die faktore wat 'n rol speel in die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap	76
FIGUUR 5.1:	Kaart van die Noord-Kaap met die verskillende distrikte	88
FIGUUR 6.1:	Ouderdomsverspreiding van respondente	102
FIGUUR 6.2:	Ouderdomsverspreiding van respondente met die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde en daarsonder	103
FIGUUR 6.3:	Kwalifikasies in Kliniese Verpleegkunde	107
FIGUUR 6.4:	Respondente se persepsie of hulle werksituasie verdere studie moontlik maak	109
FIGUUR 6.5:	Invloed van verdere studies op gesinsverpligtinge	112
FIGUUR 6.6:	Gemiddelde afstande van die verskillende streke in die Noord-Kaap na die opleidingsinstansie in Kimberley	114
FIGUUR 6.7:	Toeganklikheid van verpleegkundiges tot rekenaartegnologie	115
FIGUUR 6.8:	Keuse ten opsigte van onderrig deur middel van die rekenaar	116
FIGUUR 6.9:	Voorkeur vir die metode van aanbieding	119
FIGUUR 6.10:	Aanbiedingswyse tydens primêre gesondheidsorg program	120
FIGUUR 6.11:	Voorkeur ten opsigte van Fisiese klasbywoning	120
FIGUUR 6.12:	Ervaring van kliniese verpleegkunde opleiding in die Noord-Kaap	122
FIGUUR 6.13:	Beskikbaarheid van mentors in die Noord-Kaap	123
FIGUUR 6.14:	Keuse van assesseringsmetodes: Verpleegkundiges sonder primêre gesondheidsorg	125
FIGUUR 6.15:	Keuse vir praktiese assessering: Verpleegkundiges sonder primêre gesondheidsorg	126
FIGUUR 6.16:	Voorkeur ten opsigte van die duur van opleiding in kliniese verpleegkunde	128
FIGUUR 7.1:	Studentgesentreerde Opleidingsraamwerk vir Kliniese Verpleegpraktisyns op die Platteland van die Noord-Kaap	143

HOOFSTUK 1

INLEIDING EN AGTERGROND VAN DIE NAVORSING

1.1 RASIONAAL

Gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika word die afgelope 12 jaar van demokrasie gekenmerk deur ingrypende politieke, sosiale en ekonomiese veranderinge. Die transformasie van dienste en politieke beleidsveranderinge het veroorsaak dat groter klem op primêre gesondheidsorgdienste geplaas word (Dennill, King & Swanepoel, 1999:34-50). Primêre gesondheidsorg is die prioriteit van die nasionale gesondheidsorgstelsel in Suid-Afrika. Die gesondheidsorgsisteem wat tans in Suid-Afrika geïmplementeer is, word as 'n omvattende gesondheidsorgsisteem gedefinieer wat gebaseer is op die beginsels van primêre gesondheidsorg soos deur die Wêreldgesondheidsorganisasie voorgestaan. Die klem val op gesondheidsorg wat nader aan die gemeenskap gebring moet word, sonder om kwaliteit in te boet (Van Rensburg, Fourie & Pretorius, 1992:36-91). Hierdie transformasie moet egter volhou word te midde van 'n groter aanvraag na gesondheidsorgdienste en ernstige finansiële beperkinge.

Alle gesondheidsorgberoepes word deur hierdie veranderinge geraak en die lewering van omvattende gesondheidsorgdienste is die verantwoordelikheid van alle lede van die gesondheidsorgspan. Die beroepsgroep wat egter by uitstek geraak word, en deur Ntshona (2000:3) beskryf word as “the single most important frontline health worker in a clinic setting”, is die verpleegberoep. Geregistreerde verpleegkundiges werk op alle vlakke van gesondheidsorgdienslewering en is verantwoordelik vir die implementering van primêre gesondheidsorg (De Haan, Dennill & Vasuthevan, 2005:27).

Reeds vroeg in die transformasieproses van gesondheidsorgdienste, het belanghebbendes besef dat die verpleegkundige gespesialiseerde opleiding nodig het om in staat te wees om 'n omvattende gesondheidsorgdiens te lewer. Rolspelers het tot die slotsom gekom dat bestaande opleiding wat daarop gemik was om 'n verpleegpraktisyn met 'n kwalifikasie in Algemene Verpleegkunde, Verloskunde, Psigiatrie en Gemeenskapsverpleegkunde te lewer, nie voldoende was om aan die eise van primêre gesondheidsorgdienslewering te voldoen nie (Strasser, 2000:7). Daarteenoor is die gespesialiseerde opleiding daarop gemik om die kliniese verpleegpraktisyn (Primêre Gesondheidsorg Verpleegkundige) in staat te stel om diagnostiese vaardighede en tegnieke op 'n pasiënt toe te pas, asook om kliniese assessering, toepaslike farmakologiese kennis en spesifieke behandelingsvaardighede aan te leer.

Die Nasionale Departement van Gesondheid het die inisiatief geneem en programme ingestel om gespesialiseerde opleiding aan geregistreerde verpleegkundiges te bied. Verskeie opvoedkundige

instansies het ook begin om formele en nie-formele programme aan te bied om aan die nuwe uitdagings van die verpleegprofessie te voldoen. Die sertifikaatprogram in die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne het eerste die lig gesien, en later het informele programme soos die “Integrated Management of Childhood Illnesses” gevolg (Strasser, 2000:7). Alhoewel minimum vereistes ten opsigte van die inhoud en kliniese praktika van programme deur die beroepsraad vasgestel is, het die aanbiedingswyses, koste, duur en tipe kwalifikasie wat aan kliniese verpleegpraktisyne toegeken is aansienlik verskil. Daar was geen eenvormigheid ten opsigte van die programme nie, nog is enige wetenskaplik-gefundeerde pogings aangewend om te bepaal of hierdie programme aan die behoeftes van die student of die gemeenskap voldoen. Die navorser het verskeie rekenaarsoektogte gedoen, onder andere ’n Nexus soektog en kon geen navorsing ten opsigte van bogenoemde opspoor nie (Sien Bylaag I).

Verskeie opleidingsprogramme wat fokus op diagnosering, behandeling en sorg van pasiënte word aangebied, maar steeds word te min verpleegkundiges opgelei om in die behoeftes van die gemeenskap, en veral die plattelandse gemeenskap, te voorsien. Volgens Strasser (1999:6) is programme nie toeganklik vir verpleegkundiges op die platteland nie en dit kompromitteer opleidingsgetalle van verpleegkundiges verder.

Weens die toenemende behoefte aan opgeleide verpleegkundiges met ’n kwalifikasie in kliniese verpleegkunde en die verbreding van aanbiedingswyses en onderwystegnologie, het ’n verskeidenheid van aanbiedingswyses gevolg. Hierdie aanbiedings wissel van ’n modulêre sisteem, waar die student byvoorbeeld soggens “blokperiodes” bywoon, gevolg deur kliniese blootstelling in die middag, tot tegnologie-gemedieerde onderwys.

Unieke omstandighede van verpleegkundiges in die verskillende provinsies in Suid-Afrika, het teweeggebring dat hierdie kliniese verpleegpraktisyneopleiding vir sommige verpleegkundiges meer toeganklik is as vir ander. Hierdie unieke omstandighede van die verpleegkundiges verwys na geografiese ligging en die werksomstandighede van veral verpleegkundiges op die platteland (McCoy, 1999:9). Strasser (1999:8) stel dit dat “Primary Health Care trained nurses are often concentrated in well-resourced urban areas leaving the poorly resourced rural areas wanting”. Die kliniese verpleegpraktisyne-opleiding was dus in die stedelike areas gevestig en het aanleiding gegee tot die oneweredige verspreiding van verpleegkundiges met hierdie kwalifikasie in kliniese verpleegkunde. Kliniese verpleegpraktisyne het mettertyd bekend geraak as “primêre gesondheidsorg verpleegkundiges” (primêre gesondheidsorg susters).

In programme wat gerig is op die onderrig van volwassenes, is dit volgens Knowles (1990 in Quinn, 1991:46) belangrik dat ’n nuwe benadering ten opsigte van leer en onderrig by hoër onderwysinrigtings gevolg moet word. ’n Andragogiese benadering eerder as die tradisionele

pedagogiese benadering word voorgestel. Die andragogiese benadering sluit die selfkonsep van die student, die rol van die student se ondervinding, die student se gereedheid om te leer en die student se oriëntasie en motivering ten opsigte van leer in. Om leer te optimaliseer is dit dus belangrik om seker te maak dat die onderrigraamwerk bogenoemde dimensies insluit.

In bestaande opleidingsprogramme van kliniese verpleegpraktisyns word van ervaringsleer gebruik gemaak, waar leer plaasvind deur middel van verskeie aktiwiteite in 'n klassituasie, kliniese praktikum omgewing en simulasie in 'n kliniese vaardigheidslaboratorium. Dit verbind dus volgens Cantor (1995:1) die klaskamersituasie met die kliniese leerervaring in die gemeenskap. Ervaringsleer word egter beïnvloed deur die volgende:

- situasie van die student, naamlik die aspekte wat impakteer op die leerervaring – die werksituasie van die student, toegang tot tegnologie, familieverpligtinge en die geografiese ligging;
- leerdoelwitte wat vir die spesifieke program saamgestel is; en
- disposisie van die student wat die profielkenmerke van die student insluit, naamlik:
 - die kennisprofiel van die student;
 - die houding van die student teenoor leer; en
 - die vaardighede waaroor die student reeds beskik.

Volgens Bowden en Merrit (1995:22) behoort die ouderdom, behoeftes, begeertes en doelwitte van volwasse studente vasgestel te word en opleiding daarby aangepas te word, sodat leer suksesvol kan plaasvind. Hierdie twee skrywers rapporteer dat volwasse studente eerder opleiding wil hê wat in hul skedule pas.

Die huidige paradigmaskuif in hoër onderwys het plaasgevind om 'n klemverskuiwing vanaf onderrig na leer te bewerkstellig. Opvoedkundiges moet dus hul rol as “Sage on the Stage” vervang met dié van fasiliteerder en sodoende die leerproses eerder fasiliteer as beheer (Skiba, 1999:1). Die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns moet dus ook herevalueer word om te bepaal of die opleiding studentgesentreerd is, al dan nie.

1.2 PROBLEEMSTELLING

Die pakket wat deur die Nasionale Departement van Gesondheid opgestel is ten opsigte van die dienste wat in omvattende gesondheidsorg gelewer moet word, toon aan dat 54 kliniese verpleegpraktisyns benodig word om 'n populasie van 200 000 te bedien (Strasser, 1998:4). In Tabel 1.1 word die aantal verpleegkundiges per provinsie wat gespesialiseer het in kliniese verpleegkunde vanaf 1992 – 1997 aangedui (Strasser, 1999:8). Die navorser het reeds in 2003 begin met die voorbereiding van die navorsingsvoorstel en daarom is hierdie statistiek gebruik in

die navorsing. Die tekort aan opgeleide kliniese verpleegpraktisyns het voortgeduur soos aangedui in Tabel 1.2.

TABEL 1.1: Kliniese Verpleegpraktisyns opgelei per provinsie (1992-1997)

Provinsie	Kliniese Verpleegpraktisyns	Persentasie (%)
Oos-Kaap	932	35
Limpopo	57	2
Gauteng	498	19
Wes-Kaap	431	16
Noord-Kaap	132	5
KwaZulu-Natal	137	5
Vrystaat	166	6
Mpumalanga	87	3
Noordwes	246	9
Totaal	2686	100

(Strasser, 1999:8)

In die lig van die bogenoemde is dit duidelik dat die totaal van 2686 kliniese verpleegpraktisyns wat opgelei is, slegs 'n populasie van 10 miljoen kan bedien. Die sensusopname van 1996 het egter getoon dat Suid-Afrika reeds 'n populasie van ongeveer 35 miljoen gehad het. Die syfers in Tabel 1.1 dui dus 'n dringende tekort aan ten opsigte van opgeleide kliniese verpleegpraktisyns. Die tekort word vererger deurdat opgeleide kliniese verpleegpraktisyns dikwels na voltooiing van die program in kliniese verpleegkunde die kliniese arena verruil vir bestuursposte (Strasser, 1998:4).

Die tekort aan kliniese verpleegpraktisyns is reeds in 1998 geïdentifiseer tydens 'n opname wat deur die Nasionale Departement van Gesondheid gedoen is om te bepaal of klinieke ten minste oor een kliniese verpleegkundige per kliniek beskik. Die Nasionale Departement van Gesondheid het die Provinsiale Departemente van Gesondheid in Suid-Afrika versoek om 'n aanduiding te gee van die programme wat per provinsie aangebied word met die fokus op kliniese verpleegpraktisyns. Departemente moes ook aandui hoeveel verpleegkundiges per provinsie opgelei is as kliniese verpleegpraktisyns. Vraelyste is deur die Nasionale Departement van Gesondheid aan die verskillende verpleegopleidingsinstansies in die onderskeie provinsies gestuur. Hierdie opname het 'n oneweredige verspreiding van kliniese verpleegpraktisyns oor provinsies heen, getoon. Tabel 1.2 dui die aantal klinieke aan wat aan die opname deelgeneem het en die aantal kliniese verpleegpraktisyns beskikbaar by elkeen (Gwele, 1998).

TABEL 1.2: Aantal klinieke en beskikbare opgeleide kliniese verpleegpraktisyns

Provinsie	Klinieke met 'n Kliniese Verpleegpraktisyn	Aantal klinieke
Oos-Kaap	0	66
Limpopo	11	45
Gauteng	12	16
Wes-Kaap	27	32
Noord-Kaap	0	9
KwaZulu-Natal	21	31
Vrystaat	7	28
Mpumalanga	6	24
Noordwes	14	28

Uit Tabel 1.2 is dit duidelik dat die Noord- en Oos-Kaap provinsies geen kliniese verpleegpraktisyns in hul klinieke gehad het nie, terwyl Limpopo, Vrystaat en Mpumalanga die laagste proporsie klinieke met kliniese verpleegpraktisyns gehad het. Wanneer die provinsiale situasie ontleed word, blyk daar beduidende verskille te wees tussen provinsies. Die Wes-Kaap het reeds 85% van die klinieke wat aan die opname deelgeneem het toegerus met verpleegkundiges wat opgelei is in primêre gesondheidsorg. Die provinsie word gevolg deur Gauteng en KwaZulu-Natal wat onderskeidelik 75% en 68% van hul verpleegkundiges werksaam in die deelnemende klinieke reeds opgelei het.

Dit is insiggewend, maar ook ontstellend om te sien dat 35% van die kliniese verpleegpraktisyns wat tussen 1992 en 1997 opgelei is, in die Oos-Kaap opgelei is, maar dat daar in 1998 steeds nie een kliniek was waar 'n kliniese verpleegkundige geplaas was nie. Dieselfde tendens kom in die Noord-Kaap voor waar verpleegkundiges opgelei word deur instansies soos die Departement van Gesondheid. Kliniese verpleegpraktisyns neig verder om diens te aanvaar in die stede, eerder as om terug te gaan na die platteland. Strasser (1999:8) meld dat die verskuiwing van kliniese verpleegpraktisyns na stedelike areas 'n ernstige tekort aan dienste op die platteland teweegbring. Hierdie verskynsel is ook in Australië aangeteken waar soortgelyke probleme ondervind word om verpleegkundiges na die platteland te lok en hulle daar te hou (Wilkinson & Laurence, 2002:2). Dit is algemeen bekend dat verpleegkundiges op die platteland 'n hoër werkslading as hul eweknieë in die stede het, en dat hulle salarisse dikwels laer is as die van verpleegkundiges werksaam in die stede. Volgens McCoy (1999:8), adjunkdirekteur van *Initiative for Sub District Support* (ISDS), konsentreer verpleegopleiding te veel op stedelike situasies en nie genoeg op die plattelandse gesondheidsituasies nie. Kliniese leergeleenthede vind hoofsaaklik in tersiêre

hospitale en stedelike klinieke plaas, en studente kry nie genoegsame blootstelling aan die siektetoestande waarmee plattelandse populasies presenteer nie (Radebe, 2000:5).

Uit bogenoemde blyk dit dat daar nie voldoende opgeleide kliniese verpleegpraktisyns werksaam is in die klinieke van veral die Noord-Kaap, Oos-Kaap, Limpopo, Vrystaat en Mpumalanga om aan die behoefte van die pasiënte te voorsien nie.

Strasser (1998:4) het 'n hersiening gedoen van die kliniese verpleegkunde opleidingsprogramme wat in Suid-Afrika aangebied word en duidelike temas rakende die toeganklikheid en aanbiedingswyses van kliniese verpleegpraktisynsopleiding, kon geïdentifiseer word. Die opname het getoon dat hierdie programme ontoeganklik was, aangesien programme hoofsaaklik residensieël in stede aangebied word, wat ver weg is van waar studente woon en werk. Programme was ook baie duur.

Daar bestaan duidelike verskille tussen die beskikbaarheid van kliniese verpleegpraktisyns in die onderskeie provinsies, en die oorsake wat na vore kom is die aard van die opleiding en die toeganklikheid van opleiding. Tot op datum is geen formele navorsing gedoen oor hoe die opleiding van primêre gesondheidsorg verpleegkundiges moet plaasvind om te verseker dat dit aan die behoeftes van die studente (verpleegkundiges), die gesondheidsorgomgewing (diensverskaffer), asook die gemeenskap voldoen nie.

Soos reeds aangedui in Tabel 1.1 is daar 'n verskil tussen die aantal kliniese verpleegpraktisyns wat per provinsie opgelei is. Die Noord-Kaap is uitgewys as een van die provinsies wat 'n groot tekort aan kliniese verpleegpraktisyns het, en na gesprekvoering met kundiges in die beroep, is besluit dat 'n formele opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns in die provinsie ontwikkel moet word om omvattende gesondheidsorgdienste te lewer.

Die volgende kan aangevoer word as redes vir die keuse van provinsie:

- die Noord-Kaap is die grootste provinsie in Suid-Afrika en verteenwoordig die grootste geografiese area wat tans oor geen tersiêre instelling beskik wat opleiding aan verpleegkundiges verskaf nie. Die *National Institute of Higher Education* (NIHE) beplan om betrokke te raak in die tersiêre opleiding van gesondheidsorgpersoneel;
- die Noord-Kaap het van die minste opgeleide kliniese verpleegpraktisyns; en
- toeganklikheid van opleiding binne beskikbare opleidingsmodelle is beperk weens groot afstande wat afgelê moet word na opleidingsentra, werks- en huishoudelike verpligtinge.

Bogenoemde word bevestig met die situasie-analise wat deur die Provinsiale Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap gedurende Julie 2002 gedoen is. Tydens die situasie-analise is bevind dat die Noord-Kaap 29,7% van die landelike oppervlak van Suid-Afrika beslaan met 'n

populasie van 840 321 wat hoofsaaklik rondom dorpsareas aangetref word (Sien Bylae G). Ongeveer 65% van die Noord-Kaapse bevolking maak gebruik van openbare fasiliteite en daar is 'n verhoging in die aantal pasiënte na plaaslike kliniekdienste met die stygende voorkoms van MIV verwante siektes. Die MIV voorkoms is 15,1% vir die Noord-Kaap. Soos in Bylae G aangedui, het die strategiese plan dit ten doel om kwaliteit verpleegsorg in hierdie uitgestrekte provinsie te lewer, ten spyte van beperkte hulpbronne. Die doel is deur die Departement van Gesondheid gestel om voortgesette infrastruktuur ontwikkeling te ondersteun en sodoende werknemers te bemagtig om omvattende gesondheidsorgdienste aan al die gemeenskappe te lewer.

Uit die bogenoemde blyk dit dat dit krities is om 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland daar te stel wat hul behoeftes maksimaal sal akkommodeer.

Teen hierdie agtergrond kan die volgende navorsingsvrae gestel word:

- Wat is die beleid ten opsigte van kliniese verpleegpraktisynopleiding en hoe word dit in die Noord-Kaap toegepas?
- Wat is die behoeftes/disposisie van die verpleegkundiges in die Noord-Kaap en hoe beïnvloed dit opleiding?
- Hoe moet 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns lyk wat in die behoeftes van die student voorsien?



1.3 NAVORSINGSDOEL

Die doel van die navorsing is om 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaapse platteland te ontwerp wat aan hul behoeftes voldoen. Die doelwitte van die navorsing is om:

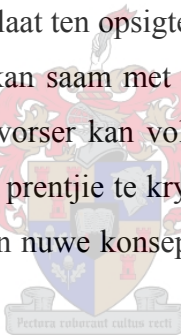
- die beleid ten opsigte van opleiding en implementering van primêre gesondheidsorg van die Departement van Gesondheid deur middel van 'n literatuurstudie en onderhoude met verpleegkundiges in klinieke en gemeenskapsgesondheidsorgsentrums te bepaal, en vas te stel hoe die beleid in die Noord-Kaap as plattelandse gemeenskap, toegepas word;
- die behoeftes/disposisie van die student as diensverskaffer in terme van primêre gesondheidsorgdienslewering in die Noord-Kaap te bepaal; en
- 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaap daar te stel wat in hul behoeftes voorsien.

1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Die navorsingsmetodologie verwys na die wetenskaplike onderbou van die navorsing ten opsigte van die ontwerp, metodes, steekproef- en data-insamelingstegnieke en word vervolgens bespreek.

1.4.1 Navorsingsontwerp en benadering

Navorsingsontwerp verwys na die oorhoofse plan ten opsigte van data-insameling en data-analise wat in die navorsing gebruik word (Clifford, 1997:198). Die aard van hierdie navorsing dui daarop dat gevallestudie as navorsingsontwerp toepaslik is. Clifford (1997:193) stel dit dat 'n gevallestudie 'n benadering in navorsing is waar die navorser op 'n spesifieke groep mense binne 'n spesifieke situasie fokus. Die geval kan 'n individu, gemeenskap of instansie wees. Parahoo (1997:391) se definisie stem ooreen met die definisie van Clifford (1997:193). Parahoo stel dit dat 'n gevallestudie fokus op 'n spesifieke populasie en gebeure wat deur tyd gebind word. In hierdie navorsing is die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap die spesifieke geval wat nagevors word. Clifford (1997:66) stel dit dat gevallestudie as ontwerp vryheid vir die navorser toelaat ten opsigte van tegnieke wat gebruik kan word tydens die navorsing. Waarnemingstegnieke kan saam met vraelyste en onderhoude gebruik word om die nodige inligting te bekom. Die navorser kan volgens die outeur self onderhoude voer met belanghebbendes om 'n meer holistiese prentjie te kry. Die onbeperkte hoeveelheid inligting wat met gevallestudies ingesamel word, kan nuwe konsepte en teorieë genereer wat verder nagevors kan word (Clifford, 1997:66).



Met 'n gevallestudie kan kwantitatiewe en kwalitatiewe data ingesamel word, m.a.w. 'n kwantitatiewe of kwalitatiewe benadering kan gevolg word. In hierdie navorsing is data ingesamel deur middel van onderhoude wat met die verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde en hul toesighouers gevoer is, en vraelyste wat deur die verpleegkundiges met die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde voltooi is. Die vraelyste kon in Engels of Afrikaans voltooi word, en vervat kwantitatiewe en kwalitatiewe data.

1.4.2 Populasie en Steekproefneming

Arkava en Lane (1983:254) beskryf die steekproef as "(it) comprises the elements of the population considered for actual inclusion in the study". In die rasionaal en probleemstelling is aangedui dat daar 'n verskil is tussen die aantal kliniese verpleegpraktisyns wat per provinsie opgelei is, en daar is aangedui dat die Noord-Kaap een van die provinsies is wat 'n groot tekort aan kliniese verpleegpraktisyns het. Soos reeds genoem is daar na gesprekvoering met kundiges in die beroep, op die Noord-Kaap besluit as die ideale provinsie waarbinne 'n formele opleidingsraamwerk ontwikkel moet word vir primêre gesondheidsorg.

Die teikengroep vir hierdie navorsing is dus:

- verpleegkundiges van die Noord-Kaap wat reeds as kliniese verpleegpraktisyns praktiseer;
- verpleegkundiges werksaam in klinieke en gemeenskapsgesondheidsorgentrums wat nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie; en
- toesighouers van beide groepe

In Tabel 1.3 word aangedui hoe die steekproefneming gedoen is. Die riglyne voorgestel deur Stoker (1985 in De Vos, 1998:192) is gevolg.

TABEL 1.3: Steekproefneming

Populasie	Steekproefgrootte	Steekproefmetode
Kliniese Verpleegpraktisyns (n=252)	81 (32%)	Geleentheidsteekproef
Verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde (n=433)	87 (20%)	Geleentheidsteekproef
Toesighouers (n=5)	5 (100%)	Nie-waarskynlikheid-steekproef, doelbewus

(Badenhorst, 2004)

Die navorser het besluit om van geleentheidsteekproefneming en doelbewuste steekproefneming gebruik te maak, aangesien groot afstande afgelê moes word tussen die klinieke en nie alle klinieke met 'n motor bereikbaar was nie. Afsprake is met al die beskikbare verpleegkundiges in die onderskeie distrikte van die Noord-Kaap gemaak. Die navorser het die klinieke in die onderskeie distrikte besoek en vraelyste oorhandig aan verpleegkundiges wat oor die kwalifikasie in Gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik. Onderhoude is gevoer met verpleegkundiges wat nog nie oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik het nie. Tydens die doelbewuste nie-waarskynlikheid steekproefneming is die toesighouers van die verskillende distrikte doelbewus gekies op grond van hul vakkundigheid en eienskappe wat die meeste ooreenstem en verteenwoordigend is van die groter populasie (Singleton, Straits, Straits & McAllister, 1988:153).

1.4.3 Data-insameling

Data is deur middel van semi-gestruktureerde onderhoude versamel wat op band vasgelê is. Vraelyste is voltooi om verpleegkundiges se dispoisie, situasie, ervaring en probleme ten opsigte van kliniese verpleegkunde-opleiding te bepaal.

1.4.4 Data-ontleding

Kwantitatiewe data is op Excel vasgelê en deur middel van Statistica 7 ontleed. Kwalitatiewe data wat tydens die semi-gestruktureerde onderhoude op band geneem is, is volgens Tesch en

Creswell se metodes ontleed (De Vos, 1998:345). Hierdie metodes beklemtoon dat 'n holistiese prent gevorm word wat die gedetailleerde inligting van respondente weergee.

1.5 OPERASIONELE BESKRYWINGS

Die volgende begrippe kom gereeld in die navorsing voor en word vervolgens verduidelik:

- **Andragogie:** Die beginsels wat Knowles ontwikkel het vir die onderrig van volwassenes staan bekend as andragogie (Mellish, Brink & Paton, 1998:36), en sluit die volgende veronderstellings in:
 - volwassenes neem verantwoordelikheid vir hul eie leer;
 - volwassenes se gereedheid om te leer word bepaal deur hul persepsie van wat hulle dink hulle moet weet en doen;
 - volwassenes se ondervinding is 'n ryk bron van leer en daarom is dit belangrik dat onderrig deur middel van besprekings en probleemoplossing moet geskied, sodat hierdie ondervinding aangewend kan word; en
 - volwassenes wil in staat wees om kennis en vaardighede wat bekom is, dadelik in die praktyk toe te pas.

Die kliniese verpleegpraktisyns is volwassenes wat verantwoordelik is vir dienslewering op primêre gesondheidsorgvlak en hul praktykservaring moet juis geïntegreer en erken word in die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk.

- **Disposisie:** Is 'n komponent van ervaringsleer en word deur die profielkenmerke van die student bepaal. Die profielkenmerke sluit die kennis waaroor die student beskik, die houding van die student teenoor leer en die vaardighede waaroor die student reeds beskik, in. Deur die disposisie van die student te bepaal, kan die opleidingsraamwerk ontwikkel word om maksimum leer te bewerkstellig tydens die program.
- **Plattelandse gemeenskap:** 'n Groep mense in 'n gedefinieerde geografiese area met gemeenskaplike doelwitte en het die potensiaal om interaksie met mekaar te hê (Dreyer, Hatting & Lock, 1997:104). Volgens Chimere-Dan (1996:2) verskil plattelandse gemeenskappe van stedelike gemeenskappe daarin dat hulle meer homogeen is en dat meer interaksie en kommunikasie tussen gemeenskapslede voorkom. In hierdie navorsing word die Noord-Kaap gebruik met sy geografiese grense wat Kimberley, Kakamas, Keimoes, Kuruman, Upington, Groblershoop, Karos, Louisvale, Springbok, Calvinia en De Aar insluit. Die Noord-Kaap word egter gekenmerk deur gemeenskappe wat wyd verspreid en ver van mekaar voorkom wat tot gevolg het dat groot afstande afgelê moet word om by basiese gesondheidsorgdienste uit te kom.

- **Kliniese Verpleegpraktisyn:** 'n Verpleegkundige wat 'n addisionele kwalifikasie bekom sodat sy/hy gesondheidsorg by die eerste punt van kontak kan lewer. Hierdie dienste sluit gesondheidsbevordering, siektevoorkoming en die lewering van kuratiewe dienste in.
- **Studentgesentreerde onderrig:** Verwys na onderrig wat geleenthede en omgewings skep vir die student om self kennis te ontdek en self oplossings vir probleme te ondersoek (Barr & Tagg, 1995: 15). Hierdie navorsing fokus spesifiek op die plattelandse student en 'n opleidingsraamwerk moet saam met die studente ontwikkel word om leer te optimaliseer.
- **Opleidingsraamwerk:** Dit is die riglyne wat gestel word deur 'n instelling vir die aanbied van sekere programme, met duidelik gedefinieerde uitkomste en aktiwiteite (Mellish *et al.*, 1998:88).
- **Primêre Gesondheidsorg:** Is 'n omvattende gesondheidsorgdiens wat buite 'n hospitaal aan 'n gemeenskap gelewer word. Die dienste moet bekostigbaar, bereikbaar, beskikbaar en aanvaarbaar wees (Spencer, 1999:25; De Haan *et al.*, 2005:24)

1.6 BEPERKINGS VAN DIE NAVORSING

Daar is minimum standaarde van die beroepsraad wat nagekom moet word tydens die opstel van die opleidingsraamwerk, wat buite die beheer van die navorser is. Die navorser sal egter na aanleiding van die insette van die respondente veranderinge aan die aanbiedingswyses en assesseringsmetodes van bestaande programme kan aanbring.

In hierdie navorsing is slegs een provinsie ingesluit, aangesien die Noord-Kaap geen tersiêre instelling het wat tans kliniese verpleegpraktisynsopleiding aanbied nie. Tyds- en finansiële beperkings het dit egter vir die navorser onmoontlik gemaak om die navorsing uit te brei na ander provinsies.

1.7 UITEENSETTING VAN DIE HOOFSTUKKE

Hoofstuk 1 bevat 'n algemene oriëntering ten opsigte van die navorsing. Die doel van die navorsing word uiteengesit, 'n kort beskrywing van die navorsingsmetodologie word gegee, en belangrike begrippe word verklaar.

Hoofstuk 2 sluit 'n literatuuroorsig van die internasionale en nasionale perspektiewe op primêre gesondheidsorg in.

Hoofstuk 3 vervat 'n literatuuroorsig van die internasionale en nasionale opleiding van kliniese verpleegpraktisyns, bepaling van beleid deur die Departement van Gesondheid en die minimum vereistes wat deur die beroepsraad (Suid-Afrikaanse Raad van Verpleging) gestel word.

Hoofstuk 4 sluit die teoretiese aspekte ten opsigte van die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir die volwasse student in.

Hoofstuk 5 sit die navorsingsprosedure vir die ondersoek uiteen en beskryf die navorsingstegnieke wat in hierdie navorsing aangewend word.

Hoofstuk 6 stel die aanbieding, analise en bespreking van die data wat verkry is.

Hoofstuk 7 behels die sintese, gevolgtrekkings en aanbevelings wat gedoen is in hierdie navorsing.

1.8 SAMEVATTING

In Hoofstuk 1 is 'n breë oriëntasie tot die navorsing gegee. Die navorser het aangetoon dat die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die Noord-Kaapse platteland 'n probleem is en dat 'n suksesvolle opleidingsraamwerk toegepas kan word indien die situasie en disposisie van die volwasse student vasgestel word. Die navorser het gevallestudie as navorsingontwerp gebruik en die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap is die geval wat bestudeer is. Data is deur middel van vraelyste en semi-gestruktureerde onderhoude wat gevoer is met die kliniese verpleegpraktisyns, verpleegkundiges wat nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie, en die toesighouers van die verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap ingesamel.

In Hoofstuk 2 word 'n literatuuroorsig gegee ten opsigte van die ontwikkeling van primêre gesondheidsorg internasionaal en nasionaal.

HOOFSTUK 2

’n INTERNASIONALE EN NASIONALE PERSPEKTIEF OP PRIMÊRE GESONDHEIDSORG

2.1 INLEIDING

Gloobaal is gesondheidsorgsisteme hoogs dinamies en voortdurend besig om te verander. Die veranderinge word gedryf deur interne prosesse en die voortdurende veranderinge in demografiese, geografiese, sosiale, kulturele en ekonomiese omgewings. Volgens Van Rensburg, Benatar, Doherty, McIntyre, Ngwena, Pelser, Pretorius, Redelinghuys en Summerton (2004:44) word veranderinge in gesondheidsorgsisteme aangebring om gesondheidsorgdienste meer effektief en toepaslik te maak, en gelyke toegang aan alle lede van die gemeenskap te verseker. In hoofstuk 1 is genoem dat die transformasie van gesondheidsorgdienste en politieke beleidsveranderinge teweeggebring het dat groter klem internasionaal en nasionaal op primêre gesondheidsorgdienste geplaas word. Gesondheidsorgsisteme dikteer die dienste wat gelewer moet word en dit het ’n direkte impak op die opleiding van gesondheidsorgpersoneel. In hierdie navorsing wil die navorser binne konteks plaas hoe die veranderende gesondheidsorgstelsel die voorbereiding van verpleegkundiges beïnvloed. Die voorgestelde gesondheidsorgsisteem vereis dat verpleegkundiges selfstandig moet funksioneer binne primêre gesondheidsorgdienste. Vervolgens word ’n literatuuroorsig gegee ten opsigte van die internasionale en nasionale ontwikkeling van primêre gesondheidsorg.


Pectus roboret cultus recti

2.2 OMSKRYWING VAN PRIMÊRE GESONDHEIDSORG

Alhoewel daar verskille in gesondheidsorgdienslewering wêreldwyd bestaan, word die meeste gesondheidsorgdienste gerig deur die Wêreldgesondheidsorganisasie (voortaan WGO) en hul primêre gesondheidsorgbenadering. Die konsep van primêre gesondheidsorg sluit filosofieë in wat verandering teweegbring in beide die ontwerp en inhoud van tradisionele gesondheidsorgdienste. Volgens die WGO is primêre gesondheidsorg essensiële sorg wat gebaseer is op praktiese, wetenskaplike en sosiaal aanvaarbare metodes, en tegnologie wat toeganklik is vir individue, gesinne en gemeenskappe (Dennill *et al.*, 1999:15). Dit vorm dus ’n integrale deel van ’n land se gesondheidsorgsisteem en die ontwikkeling van gemeenskappe. primêre gesondheidsorg is die eerste vlak van kontak vir individue, gesinne en gemeenskappe met gesondheidsorgprobleme. Die primêre doel van primêre gesondheidsorg is om gesondheidsorg binne bereik van elke individu in die gemeenskap te bring. Hierdie konsep het tot gevolg gehad dat radikale veranderinge en aanpassings wêreldwyd in tradisionele gesondheidsorgdienslewering moes plaasvind.

Die primêre gesondheidsorgbenadering moedig omvattende gesondheidsorg vir die gemeenskap aan en verpleegkundiges vorm die hoeksteen van hierdie dienste. In Suid-Afrika is die verpleegkundige deel van die multi-dissiplinêre span wat primêre gesondheidsorgdienste lewer, maar die verpleegkundige is dikwels ook die eerste kontak vir die pasiënte.

2.3 ONTWIKKELING VAN PRIMÊRE GESONDHEIDSORG INTERNASIONAAL EN NASIONAAL

Die primêre gesondheidsorgbenadering het tussen 1940 en 1950 ontstaan toe die regerings van verskeie lande besef het dat die bestaande tegnologies-gefokusde gesondheidsorg aangepas moes word sodat 'n breër gemeenskap van gesondheidsorg voorsien kon word. Teen 1970 was gesondheidsorgdienste wêreldwyd in 'n krisis met gefragmenteerde dienslewering en die fokus op 'n klein hoeveelheid siek mense wat van duur tegnologie gebruik gemaak het (Dennill *et al.*, 1999: 2). Die WGO het saam met die *United Nations Children's Fund* (UNICEF) in 1978 'n internasionale beraad in Genève gehou om die ongelykhede in die gesondheidsorgdienste te bespreek. Altesaam 134 nasies was verteenwoordig by die Alma Ata beraad met verteenwoordiging van regerings- en nie-regeringsorganisasies. Die primêre gesondheidsorgbenadering is hier bekendgestel en 'n universele doelwit is geformuleer wat nagestreef moes word deur alle lande. Die doelwit is gestel om gesondheidsorg vir almal beskikbaar en bereikbaar te maak teen die jaar 2000 (Dennill *et al.*, 1999:2).

Tydens die Alma Ata beraad in Genève, is besluit dat primêre gesondheidsorg die volgende basiese elemente moet bevat:

- opvoeding moet gegee word oor bestaande gesondheidsprobleme en metodes om dit te voorkom en te beheer;
- bevordering van voorsiening van voedsel en voeding;
- voldoende voorsiening van veilige water en sanitasie;
- moeder- en kindersorg, wat gesinsbeplanning en sorg vir hoë-risikogroepe insluit;
- immunisering van gemeenskappe teen die belangrikste oordraagbare siektes;
- voorkoming en beheer van plaaslike endemiese siektes;
- toepaslike behandeling van algemene siektes en beserings; en
- die voorsiening van noodsaaklike medikasie.

Daar moes ook besluit word watter strategie gevolg moet word om die primêre gesondheidsorgbenadering in die gesondheidsorgstelsel te implementeer. Een van die voorvereistes wat gestel is vir die implementering van hierdie benadering, is die politieke bereidwilligheid van elke land om hul gesondheidsorgdienste te hervorm na 'n meer

gemeenskapsgebaseerde stelsel. Volgens Dennill *et al.* (1999:6) sal 'n strategie vir primêre gesondheidsorg suksesvol geïmplementeer word as dit op die volgende beginsels gebaseer word:

- **Gelykheid** – alle mense moet gelyke toegang hê tot basiese gesondheidsorgdienste en sosiale dienste.
- **Toeganklikheid** – dienste moet verleng word om in die behoeftes van almal te voorsien. Dienste moet nie net geografies toeganklik wees nie, maar ook finansieel en funksioneel.
- **Bekostigbaar** – die dienste moet bekostigbaar wees vir diegene wat dit gebruik. Geen persoon mag gesondheidsorgdienste geweier word omdat hy/sy dit nie kan bekostig nie.
- **Beskikbaarheid** – daar moet voldoende en toepaslike dienste gelewer word om in die behoeftes van die gemeenskappe te voorsien.
- **Effektiwiteit** – die dienste wat gelewer word moet aanbied wat daarvan verwag word vir daardie spesifieke gemeenskap.
- **Toepaslikheid** – die resultate wat verkry word van dienste wat gelewer word, word proporsioneel geregverdig deur die insette wat gelewer word in terme van geld wat bestee word, hulpbronne wat aangewend word en hoe die tyd benut sal word.

'n Belangrike verandering wat moes plaasvind was die herorganisering van gesondheidsorgdienste. Die klem moes verskuif van kuratiewe gesondheidsorg wat gelewer word na primêre gesondheidsorg. Hierdie proses van verandering moet dinamies wees, omdat dit beïnvloed word deur politiek, kultuur, tegniese aspekte en finansiële faktore. Die sukses van primêre gesondheidsorg berus in 'n groot mate op die eienaarskap wat gemeenskappe neem oor die bestuur van hul gesondheid.

Hierdie nuwe holistiese benadering wat nagestreef word, kan net suksesvol wees indien gemeenskappe gedien word deur 'n multi-dissiplinêre span waar alle lede, ook die individu wat die diens ontvang, gelyke vennote is. primêre gesondheidsorg sluit ook diverse intervensies in, en kan daarom nie geïmplementeer word sonder intersektorale samewerking nie. Een van die belangrikste veranderinge wat moes plaasvind in hierdie nuwe benadering tot gesondheidsorgdienste was die deelname en betrokkenheid van gemeenskappe ten opsigte van hulle gesondheidsorg. Gemeenskappe moes vennote word in die proses waartydens hulle hul eie behoeftes moes ondersoek, besluite moes neem oor die gesondheidsorg wat hulle ontvang, asook oor die beplanning, implementering en evaluering van gesondheidsorgdienste.

In 1998 het die WGO met 'n opvolgbeleid na die Alma-Ata beraad gekom. Die doel was nou om *Health for All in the 21st Century* te verseker. Volgens Van Rensburg *et al.* (2004:31) is daar 10 teikens gestel wat die basis van hierdie beleid sou vorm, naamlik:

- gesondheidsgelykheid;
- oorlewing van swanger vroue en babas;
- vermindering in die insidensie van die vyf grootste pandemies, naamlik tuberkulose, MIV/VIGS, malaria, rookverwante siektes en geweld;
- uitwissing van sekere siektes soos masels, polio, tragoom, en vitamien A en ystergebrekke;
- verbeterde toegang tot water, sanitasie, voedsel en behuising;
- maatstawwe in plek om gesondheid te bevorder, byvoorbeeld gemeenskapsgebaseerde programme om gesondheidsvoorligting te gee;
- ontwikkeling, implementering en monitering van die *Gesondheid vir Almal in die 21^{ste} eeu* beleid;
- toegang tot omvattende gesondheidsorg moet verbeter;
- implementering van wêreldwye en nasionale gesondheidsinligtingstelsels; en
- die ondersteuning van navorsing in gesondheid.

Hierdie beleid het die basis gevorm van die beginsels waarop die gesondheidsorgplan van Suid-Afrika gebaseer is. Praktykervaring het daarop gewys dat gesondheid vir almal nie slegs die voorsiening van gelyke gesondheidsorgdienste vir almal beteken nie, maar dat in Suid-Afrika 'n behoefte bestaan vir werkskepping, opleiding, voldoende behuising, water, sanitasie en elektrisiteit. Hierdie addisionele behoeftes van Suid-Afrikaanse gemeenskappe het daartoe aanleiding gegee dat die Suid-Afrikaanse Regering nog teikens bygevoeg het by die teikens wat deur die WGO gestel is. Hierdie teikens sluit die voorsiening van nooddienste, beroepsgesondheidsorgdienste en psigiatriese gesondheidsorgdienste in (Dennill *et al.*, 1999:43). Hierdie opvolgbeleid fokus sterk op voorkomende en bevorderende intervensies wat aan alle lede van die gemeenskap gelewer moet word. Intervensies kan gedoen word deur middel van 'n omvattende gesondheidsorgbenadering of selektiewe benadering. Die selektiewe benadering is gemoeid met mediese tussentredes wat oral geïmplementeer kan word en is gemik op die verbetering van die gesondheidstatus van individue op die laagste vlak. Selektiewe intervensies sluit dienslewering ten opsigte van gesinsbeplanning, kinder-immuniserings, kinderontwikkelingsmylpaal-evaluering en tuberkulose behandeling in, maar maak nie voorsiening vir die hantering van behuisingsprobleme in die gemeenskap nie. Hierdie benadering werk die beginsel van gelykheid in primêre gesondheidsorg teë deurdat lede van die gemeenskap nie toegang het tot 'n verskeidenheid van gesondheidsorgdienste nie en sluit ook die effek van ekonomiese en omgewingsfaktore op gesondheid, uit.

Die omvattende gesondheidsorgbenadering is 'n strategie vir die gesondheidsontwikkeling van die hele gemeenskap en bevorder nie net die gesondheid van die gemeenskap nie, maar maak

ook voorsiening vir die hantering van siektetoestande op gemeenskapsvlak. Voorkomende-, bevorderende-, kuratiewe- en rehabilitatiewe gesondheidsorg word gelewer in elke kliniek wat 'n omvattende gesondheidsorgbenadering volg. Voor die verandering van politieke beleidmakers in 1994 in Suid-Afrika, is daar wel pogings aangewend deur die regering om primêre gesondheidsorg te implementeer. Slegs enkele elemente is geïmplementeer en daarom word daar 'n onderskeid getref tussen wat met die gesondheidsorgstelsel in Suid-Afrika voor 1994 en na 1994 gebeur het.

In Suid-Afrika het gesondheidsorghervorming gedurende die sewentigerjare tydens die ekonomiese resessie momentum gekry. Om die finansiële las op die staat te verlig, is die Gesondheidswet, nr. 63 van 1977 geproklameer. Die verpligtinge, gesag en verantwoordelikhede van die onderskeie gesondheidsowerhede is hierin gedefinieer en die privaatsektor is aangemoedig om deel te hê aan die voorsiening van gesondheidsorg. Die doel van die wetgewing was om te verseker dat die hele bevolking van Suid-Afrika toegang tot gesondheidsorgdienste op gemeenskapsvlak sou hê (Van Rensburg *et al.*, 1992:36-91). Hoofsaaklik voorkomende en bevorderende dienste is op gemeenskapvlak gelewer.

Tydens die nasionale verkiesing wat in 1994 in Suid-Afrika gehou is, het die nuut verkose Nasionale Regering die uitdaging aanvaar om gesondheidsorghervorming in Suid-Afrika teweeg te bring waarvan die primêre gesondheidsorgbenadering die hoeksteen sou vorm. Die transformasie van gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika is uitgespel in twee beleidsdokumente wat die Nasionale Regering die lig laat sien het, naamlik die Heropbou en Ontwikkelingsprogram en die Nasionale Gesondheidsorgplan (Dennill *et al.*, 1999:43). In 1999 het Strasser (1999:6) die noodsaaklikheid van die primêre gesondheidsorg-benadering in Suid-Afrika ondersteun met die volgende redes:

- daar is ernstige gapings tussen gesondheidsinsette en -uitkomst;
- daar is 'n groot gaping tussen “ryk” en “arm”; en
- daar is groot dispariteite tussen basiese lewenstoestande en gesondheidsuitkomst tussen verskillende rasse-groepe.

In Augustus 2003, met die herdenking van die 25ste bestaansjaar van die Alma-Ata beraad, is die Deklasie tydens die Kopanongberaad vir primêre gesondheidsorg in Suid-Afrika aanvaar. Die Kopanongberaad het Suid-Afrika se bereidwilligheid om sy gesondheidsorgdienste volgens die beginsels van die primêre gesondheidsorgbenadering te lewer en om die primêre gesondheidsorg strategie aan te pas in bestaande ontwikkeling en uitdagings in die Suid-Afrikaanse gesondheidsorgstelsel, bevestig (Van Rensburg *et al.*, 2004:422). Uit die literatuuroorsig blyk dit

dat Suid-Afrika die aspekte wat die WGO vir primêre gesondheidsorg as belangrik ag, wil implementeer.

2.4 TRANSFORMASIE VAN GESONDHEIDSORGDIENSLEWERING INTERNASIONAAL EN NASIONAAL

Volgens Sibaya en Muller (2000:6) is suksesvolle transformasie van 'n gesondheidsorgstelsel afhanklik van die deelname van alle rolspelers. Die transformasie van gesondheidsorgdienste het wêreldwyd plaasgevind as gevolg van die globalisering van gesondheid, gesondheidsorgbeleid en gesondheidsorg. In die gesondheidsorgomgewing beteken globalisering dat gesondheid en gesondheidsorg van die populasie wêreldwyd bepaal word deur die ontwikkeling van gesondheidsorgbeleid wat wêreldwyd plaasvind en nie die ontwikkelings wat plaaslik plaasvind nie (Bjorkman & Altenstetter, 1997). Oordraagbare siektes soos malaria en tuberkulose is siektetoestande wat wêreldwyd 'n bedreiging inhou vir die gesondheid van gemeenskappe. Nasionale regerings het nie meer die kapasiteit of vermoëns om alleen hierdie gesondheidsprobleme aan te spreek nie en daarom die nuwe tendens dat gesondheidsprobleme internasionaal aangespreek en hanteer word. Die wêreldgesondheidsverslag van 1988 (WGO 1988a:vi) stel dit dat: "It is time to realize that health is a global issue; it should be included in the growing interaction between countries that currently exists in terms of world trade, services, foreign investment and capital markets". Die verandering van gesondheidsorgsisteme het daartoe bygedra dat internasionale konferensies gehou is om gesondheidsprobleme aan te spreek.

Wêreldwyd het die benadering tot gesondheidsorgvoorsiening verander vanaf 'n medies-gerigte na 'n primêre gesondheidsorgbenadering (Van Rensburg *et al.*, 2004:28). Die transformasie van gesondheidsorgdienste het nie teen dieselfde tempo wêreldwyd plaasgevind nie en transformasie het ook nie dieselfde vorm aangeneem nie. Politieke en ekonomiese veranderinge het daartoe bygedra dat die implementering van omvattende gesondheidsorgdienste weerstand gekry het. Beleidmakers was van mening dat omvattende gesondheidsorgdienste baie duur en onrealisties is (Van Rensburg *et al.*, 2004:30). Verskeie debatte is gevoer rondom die lewering van selektiewe gesondheidsorg versus omvattende gesondheidsorg.

Walsh en Warren (1979:967) het debatvoering begin ten opsigte van selektiewe gesondheidsorg en het daarop gewys dat die selektiewe benadering meer koste-effektief en probleem-georieerd is. Volgens Dennill *et al.* (1999:16) word selektiewe primêre gesondheidsorg programme makliker geïmplementeer en trek hierdie programme donateurs, omdat die donateurs baie vinnig resultate kan sien van die finansiële bydrae wat hulle gelewer het. Die selektiewe primêre gesondheidsorg programme het groot sukses behaal wat daartoe gelei het dat hierdie programme gewild was onder internasionale gesondheidsorganisasies, ten spyte van hulle

verbintenis tot omvattende primêre gesondheidsorg (Dennill *et al.*, 1999:16). UNICEF het begin met die GOBI-FFF (growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunisation, family planning, female literacy, feeding) veldtog wat een van die selektiewe primêre gesondheidsorg programme was. Hierdie veldtog het die klem geplaas op groeimonitering van kinders, orale rehidrasie, borsvoeding, immunisering, bevordering van vroulike opleiding, verskaffing van kontrasepsie en die voorsiening van voedsel.

Die navorser stem saam met Rifkin en Walt (1986:560) wat die effektiwiteit van die selektiewe benadering bevraagteken vir die volgende redes:

- dit voorsien 'n groot aantal hulpbronne aan mense met spesifieke siektetoestande alleenlik en sluit ander siektetoestande uit;
- dit versterk outoritêre mag tydens dienslewering eerder as gemeenskapsdeelname;
- die morele en etiese waarde word bevraagteken, omdat toegewysde belangegroepe die meerderheid van persone oorheers; en
- dit het 'n wankelrige wetenskaplike basis.

Selektiewe programme is ook in Suid-Afrika geïmplementeer en plaaslike owerhede was verantwoordelik vir voorkomende en bevorderende gesondheidsorgdienslewering, en die provinsies was verantwoordelik vir die lewering van kuratiewe dienste. Dienslewering was gefragmenteer en ontoeganklik vir die gemeenskap. Vervolgens word aangedui hoe die transformasie van gesondheidsorgdienste in verskeie lande plaasgevind het.

Gesondheidsorghervorming in die vrye markstelsel van die Verenigde State van Amerika was op ekonomiese haalbaarheid van gesondheidsorgdienste gemik. Meer klem is gelê op die uitneem van versekering vir almal sodat almal wat van die gesondheidsorgdienste gebruik maak, kon betaal vir die dienste wat gelewer word. Volgens Pescosolido en Boyer (2001:186-187, 189) ontvang die helfte van die Amerikaanse gemeenskappe hul gesondheidsorgdienste deur middel van mediese sorg skemas wat bestuur word deur die staat en organisasies wat wins neem uit die bestuur van die skemas. Verdere probleme wat ondervind word is die toeganklikheid van gesondheidsorgdienste, kwaliteit van gesondheidsorg, weiering tot dienste wanneer mense siek is en dat probleme ondervind word om pasiënte na spesialiste te verwys. Omvattende gesondheidsorgdienste word wel gelewer, maar verskeie persone word betrek vir die onderskeie probleme wat 'n pasiënt kan ondervind. 'n Pasiënt wat byvoorbeeld vir 'n velprobleem en oorpyn die gesondheidsorgfasiliteit besoek, sal deur twee verskillende persone ondersoek en behandel word. Volgens gesprekvoering op 7 Desember 2004 met Beth Sloan van die Universiteit van Johns Hopkins in Baltimore, Maryland, blyk dit dat verpleegkundiges opleiding ontvang om as pediatriese-, volwasse- of familieverpleegpraktisyns te praktiseer. Die familieverpleegpraktisyn

is die persoon wat opgelei word om volwassenes en kinders te ondersoek, diagnoseer en te behandel. Volgens Beth Sloan is die opleiding van familieverpleegpraktisyns nie so gewild in Amerika nie, omdat daar 'n groter behoefte vir verpleegspesialiste is. Die opleiding verskil van die opleiding wat in Suid-Afrika aangebied word deurdat verpleegkundiges in Suid-Afrika opgelei word om beide kinders en volwassenes te ondersoek, diagnoseer en te behandel. Suid-Afrika kan nie hierdie luukse van gefragmenteerde verpleegspesialisdienste bekostig nie.

In Brittanje is omvattende gesondheidsorgdekking moontlik gemaak deur 'n sentrale belasting-gefinansierde stelsel en kon alle individue van die gesondheidsorgdienste gebruik maak, ongeag of die individu vir gesondheidsorg kan betaal of nie. Tydens die laat 1980's en 1990's het hierdie tradisionele sentrale bestuurstelsel van gesondheidsorgdienste onder die leierskap van Margaret Thatcher, verander na die desentralisering van die gesondheidsorgbeleid (Van Rensburg *et al.*, 2004:22). Gesondheidsorgvoorsiening het sedertdien meer beweeg in die rigting van primêre gesondheidsorg en daar word meer klem gelê op gesondheidsopvoeding en gesondheidsbevordering van die gemeenskappe (Gustafsson & Nettleton, 1992:22). Die transformasie van gesondheidsorgdienste het ook in ontwikkelende lande soos China, Maleisië en die Indiese state van Kerala plaasgevind (Simms, Rowson & Peattie, 2001:3). Hierdie ontwikkelende lande met lae inkomste toon merkwaardige suksesse ten opsigte van bevordering van die gesondheid van alle lede van die gemeenskap. Hierdie suksesse van 'n langer lewensverwagting en laer kindermortaliteitsyfer kan direk toegeskryf word aan die suksesvolle implementering van omvattende gesondheidsorg soos uiteengesit in die Alma Ata verklaring (Van Rensburg *et al.*, 2004: 43).

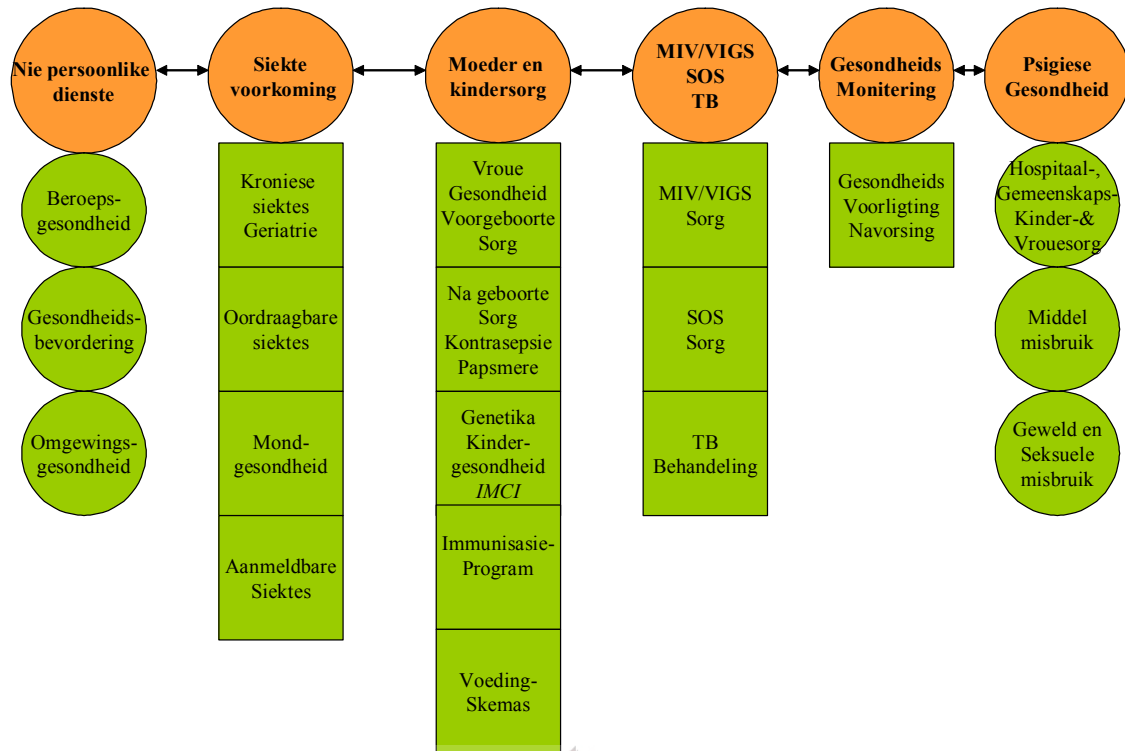
In Suid-Afrika word die transformasie van gesondheidsorgdienslewering gedikteer deur die Witskrif vir die transformasie van die gesondheidsorgsisteem in Suid-Afrika en die Regering se Heropbou- en Ontwikkelingsprogram. Volgens Van Rensburg *et al.* (2004:111) was die transformasie van gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika sedert 1994 noodsaaklik as gevolg van:

- 'n ondemokratiese organisatoriese kultuur wat ontstaan het as gevolg van die dominante beleid wat sekere groeperings bevoordeel het en ander benadeel het;
- gefragmenteerde gesondheidsorgdienste wat gelewer en gekenmerk is deur 'n gebrek aan koördinerende en integrasie;
- ongelyke toegang en beskikbaarheid van die voorsiening van gesondheidsorgdienste;
- 'n ernstige tekort aan hulpbronne;
- ontoepaslike klem wat gelê is op duur tegnologie tydens die lewering van gesondheidsorg; en
- die variasie in die gesondheidstatus van verskillende gemeenskappe.

Die doel van gesondheidsorghervorming/-transformasie was egter om:

- die gefragmenteerde gesondheidsorgstelsel te verenig in 'n omvattende geïntegreerde Nasionale Gesondheidsorgstelsel vir die hele land;
- die ongelykhede ten opsigte van gesondheidsorgdienslewering en gesondheidsorg-uitkomste uit die weg te ruim; en
- om verhoogde toegang tot gesondheidsorgdienste aan alle lede van die gemeenskap te verseker.

Transformasie tydens die 1990's was nie net die inisiatief van die regering van die dag nie, maar die Heropbou- en Ontwikkelingsprogram het ook bygedra tot die proses. Die Heropbou- en Ontwikkelingsprogram was die manifest wat die *African National Congress* (ANC) gebruik het tydens Suid-Afrika se eerste demokratiese verkiesing in 1994. Hierdie program het ten doel gehad om armoede te beveg en 'n opbloei in die ekonomie te veroorsaak (ANC, 1994a:4-7). Die Heropbou- en Ontwikkelingsprogram het daartoe gelei dat voedingskemas by skole tot stand gekom het, swanger vroue en kinders onder vyf jaar gratis gesondheidsorgdienste ontvang het, nuwe klinieke gebou is, water voorsien is aan plattelandse gemeenskappe, landhervorming plaasgevind het, en dat geleterdheid onder volwassenes toegeneem het. Kuratiewe dienste is na deeglike konsultasie met die rolspelers afgewentel vanaf provinsiale vlak na klinieke in die onderskeie gemeenskappe. 'n Omvattende en geïntegreerde pakket ten opsigte van noodsaaklike primêre gesondheidsorgdienste is deur alle rolspelers saamgestel om die fondament vir 'n enkele gesondheidsorgsisteem in Suid-Afrika te vorm. Prioriteitsareas is geïdentifiseer en sluit die volgende in: kindergesondheid, seksueel oordraagbare siektes en VIGS, tuberkulose, reproductiewe gesondheid, geestesgesondheid, kroniese siektes, trauma en beserings en laastens ongeskikthede. Die verskillende primêre gesondheidsorgdiensprogramme wat tans in Suid-Afrika bestaan, word deur Van Rensburg *et al.* (2004:423) opgesom en in Figuur 2.1 skematies voorgestel. Vir die doel van die navorsing, het die navorser hierdie uiteensetting as riglyn gebruik in ooreenstemming met die huidige praktyksituasie om die vakinhoud van die opleidingsraamwerk te bepaal.



FIGUUR 2.1: Diensprogramstruktuur vir primêre gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika

Figuur 2.1 dui die primêre gesondheidsorgdienste aan wat in elke kliniek in Suid-Afrika gelewer moet word om te verseker dat omvattende gesondheidsorgdienste aan almal in Suid-Afrika gelewer word. Die diensprogramstruktuur in Figuur 2.1 vind aansluiting by die primêre gesondheidsorg pakket wat 'n stel norms en standaarde bevat van die dienste wat op primêre gesondheidsorgvlak gelewer moet word (Sien bylae H). Dit was noodsaaklik dat parameters ontwikkel moes word vir dienslewering op primêre gesondheidsorgvlak om te verseker dat transformasie van gesondheidsorgdienste plaasvind. Volgens die *South African Health Review 2003/2004* word dit algemeen aanvaar dat die effektiwste manier van omvattende gesondheidsorgdienslewering gesien kan word in fasiliteite waar 'n wye verskeidenheid van dienste elke dag gelewer word. Omvattende dienste sluit dan voorkomende, bevorderende en kuratiewe dienste in wat elke dag van die week gelewer word by 'n spesifieke gesondheidsorgfasiliteit.

Alhoewel verskeie redes bestaan waarom omvattende dienste steeds nie in alle klinieke aangebied word nie, het praktykserwing en onderhoude met kundiges in die veld uitgewys dat verpleegkundiges hul nie vaardig voel om al die dienste wat na kliniekvlak afgewentel is te lewer nie. In Tabel 2.1 word die persentasie van dienste wat in Suid-Afrika binne die verskillende provinsies gelewer word aangedui en is dit duidelik dat omvattende gesondheidsorgdienste nog nie in alle klinieke gelewer word nie.

TABEL 2.1: Persentasie klinieke wat daaglikse noodsaaklike dienste lewer in Suid-Afrika gedurende 2003

	Oos-Kaap	Vrystaat	Gauteng	KwaZulu-Natal	Limpopo	Mpumalanga	Noord-Kaap	Noord-Wes	Wes-Kaap
Immunisasies	86	77	38	83	88	70	34	53	47
Voorgeboortesorg	70	52	22	72	92	59	26	67	16
SOS ¹	94	100	85	94	96	100	87	100	96
TB ²	92	100	74	92	88	89	88	97	97
GB ³	97	97	74	91	97	85	64	94	81

(Day, Reagon, Iriam & Levin, 2003:340)

¹ Seksueel oordraagbare siektes

² Tuberkulose

³ Gesinsbeplanning

Tabel 2.1 dui aan dat die Noord-Kaap 'n lae persentasie van klinieke het wat voorkomende dienste soos immunisasies en voorgeboortesorg lewer. Die Noord-Kaap word gekenmerk as 'n provinsie met hoë tuberkulose mortaliteitsyfers, asook hoë mortaliteitsyfers onder kinders as gevolg van diarree en wanvoeding (Bradshaw, Nannan, Laubscher, Groenewald, Joubert, Nojilana, Norman, Pieterse & Schneider, 2004:125). Hierdie bevindinge is kommerwekkend aangesien omvattende gesondheidsorgdienste dit ten doel stel om siektes te voorkom en gesondheid te bevorder.

Praktykservaring en gesprekvoering met kundiges in gemeenskapsgesondheidsorgdienste dui daarop dat immunisasies, kontrasepsie en voorgeboortesorg in byna al die provinsies net op spesifieke dae van die week gedoen word en nie elke dag van die week nie. Pasiënte wat kroniese siektetoestande soos diabetes, hipertensie en epilepsie het, word ook net op sekere dae van die week behandel. 'n Tekort aan verpleegpersoneel word aangevoer as rede vir hierdie skedulering van dienste op spesifieke dae van die week.

Met die verhoogde insidensie van tuberkulose en MIV/VIGS in Suid-Afrika het dit noodsaaklik geword dat alle klinieke elke dag van die week alle dienste moet lewer ten spyte van personeeltekorte. Verpleegpersoneel moet ook kennis dra van die jongste ontwikkeling in die hantering van verskillende siektetoestande wat op primêre gesondheidsorgvlak hanteer moet word. Die Nasionale Departement van Gesondheid het die behoefte vir eenvormigheid tussen provinsies ten opsigte van die hantering van siektetoestande soos tuberkulose en MIV/VIGS

geïdentifiseer. Riglyne vir die hantering van pasiënte met tuberkulose, MIV/VIGS of ander seksueel oordraagbare siektes is deur kundiges van Die Departement van Gesondheid op nasionale vlak ontwikkel. Hierdie riglyne sluit die diagnosering en behandeling van pasiënte in, en protokolle word gratis beskikbaar gestel aan al die provinsies. Elke pasiënt word dan dieselfde hanteer volgens die voorgeskrewe protokol.

Praktykservaring en gesprekvoering met kundiges het daarop gewys dat menige klinieke nog nie oor al die protokolle beskik nie en dat siektetoestande nog nie korrek bestuur word nie. In Tabel 2.2 word die persentasie van klinieke aangedui wat wel kliniese protokolle beskikbaar het.

TABEL 2.2: Persentasie klinieke wat kliniese protokolle het in Suid-Afrika (2003)

	Oos-Kaap	Vrystaat	Gauteng	KwaZulu-Natal	Limpopo	Mpumalanga	Noord-Kaap	Noord-Wes	Wes-Kaap
Nevirapine gebruik	41	29	35	24	54	27	61	43	71
MIV in kinders	42	34	61	49	52	42	49	37	92
MIV toetsing	39	27	43	33	69	67	56	36	97
Kindervoeding en MIV	57	51	56	53	66	74	59	36	93
Opportunistiese infeksies in volwassenes	69	45	80	62	76	61	74	56	93

(Day, Reagon, Iriam & Levin, 2003:345)

Protokolle vir die gebruik van Nevirapine in swanger vroue blyk nie beskikbaar te wees in veral die Vrystaat, Gauteng en Mpumalanga nie. Die beskikbaarheid van protokolle vir die hantering van kinders wat besmet is met die Menslike Immunitetsvirus blyk ook problematies te wees in agt van die nege provinsies. Soos in paragraaf 2.4 verduidelik, word die Noord-Kaap gekenmerk deur 'n hoë mortaliteitsyfer van kinders as gevolg van diarree en wanvoeding wat deur MIV/VIGS veroorsaak word. Tabel 2.2 dui aan dat die Noord-Kaap in slegs 49% van sy klinieke protokolle beskikbaar het vir die hantering van kinders met MIV/VIGS. Hierdie mortaliteitsyfer kan verlaag word deur die protokolle aan alle klinieke beskikbaar te stel en voldoende indiensopleiding aan die verpleegpersoneel te verskaf ten opsigte van die hantering en behandeling van kinders met MIV/VIGS.

Die transformasie van die gesondheidsorgstelsel in Suid-Afrika het daartoe aanleiding gegee dat dienslewering in klinieke verander het en verpleegkundiges moes opgelei word in kliniese vaardighede om kuratiewe diens op gemeenskapsvlak te lewer. Verpleegkundiges wat hul

basiese kwalifikasie in Verpleegkunde verwerf, beskik nie oor die vaardighede om pasiënte te ondersoek, diagnoseer en medikasie voor te skryf nie. In paragraaf 2.5 word die posisie van die verpleegkundige ten opsigte van dienslewering en opleiding in die hervormde gesondheidsorgstelsel bespreek.

2.5 POSISIE VAN DIE VERPLEEGKUNDIGE TEN OPSIGTE VAN DIENSLEWERING EN OPLEIDING

Volgens Ntshona (2000:3) het die wiele van gesondheidsorghervorming vorentoe beweeg en moet verpleegonderrig ook vorentoe beweeg. Soos reeds genoem, word die verpleegkundige as die sleutelpersoon beskou in die lewering van omvattende gesondheidsorgdienste. Praktijkervaring van die navorser ondersteun hierdie siening en hierdie belangrike rol van die verpleegkundige word hoofsaaklik op die platteland teëgekome waar geen geneesheer of ander lede van die gesondheidsorgspan betrokke is in die hantering van pasiënte nie. Ntshona (2000:3) meld ook dat alle verpleegkundiges wat by die eerste kontakpunt van die gesondheidsorgsisteem werk, voor groot uitdagings te staan kom om te verseker dat omvattende gesondheidsorg gelewer word. Die volgende kernverantwoordelikhede waarvoor die verpleegkundige verantwoordelik is word deur haar uitgespel:

- algehele bestuur van die kliniek wat die ontwikkeling van personeel insluit;
- behoorlike administrasie van kliënte se klinieknotas;
- toesig oor 'n skoon omgewing;
- organisering van die vloei van aktiwiteite in die kliniek, wat bo en behalwe die verpleegdienste die dienste van geneesheer, fisioterapeute, tuberkulose programme en alle ander programme insluit;
- fisiese ondersoek van kliënte;
- voorskryf van medikasie binne sy/haar bestek van praktyk;
- verwys van kliënte na die korrekte persone binne die Distriksgesondheidsorgstelsel;
- gee van gesondheidsvoorligting; en
- korrekte rekordhouding.

Volgens Radebe (2000:5) word verpleegkundiges wat in Suid-Afrikaanse opleidingsinstansies opgelei word, hoofsaaklik in stedelike klinieke geplaas vir hul praktiese ervaring en kry hulle nie genoeg blootstelling aan die situasie wat in die platteland voorkom nie. Die navorser is self ook vir plasing van studente vir kliniese leergeleenthede by 'n tersiêre opleidingsinstansie verantwoordelik en studente word steeds in hoofsaaklik stedelike hospitale en klinieke geplaas, as gevolg van logistiese probleme wat ondervind word met vervoer tydens die plasing van

studente op die platteland. Praktykservaring het die navorser geleer dat gemeenskappe, kliënte, toesighouers en bestuur van die verpleegkundige verwag om verskeie nie-verpleegkundige take te verrig in afwesigheid van ander lede van die gesondheidsorgspan. Dit word van haar verwag om ook 'n maatskaplike werker, apteker, fisioterapeut, berader en administratiewe beampte te wees. Die navorser ondersteun glad nie die nie-administratiewe take wat verpleegkundiges moet verrig nie, aangesien kosbare tyd verlore gaan om byvoorbeeld afsprake vir pasiënte by verwysingshospitale te maak, terwyl groot getalle pasiënte wag om ondersoek te word. Sommige verpleegkundiges het die uitdaging aanvaar om die verskillende rolle op te neem, maar ander het nie. Een verpleegkundige het haarself blameer omdat sy die verskillende rolle vertolk en het as volg reageer: "...if they are short in reception, they will ask you 'Can't you help me out?' or, if they're short in the pharmacy, 'Don't you want to help out, please?' I mean, we are so used to be a jack-of-all-trades, that we do it." (Ijumba, 2002:186). Baie primêre gesondheidsorg fasiliteite het nie 'n geneesheer nie en veral plattelandse klinieke word deur verpleegkundiges bestuur met die hulp van verpleeghulpe en assistente. 'n Algemene gevolg van hierdie onhanteerbare werkslading van die verpleegkundiges in die klinieke, is hoë stresvlakke onder die personeel, lae moraal en hoë omset van personeel. Volgens Ijumba (2002:186) word verpleegkundiges oorweldig deur die aantal kliënte wat gesien moet word en verbaliseer hulle hul gevoelens as volg: "...we are seeing many more patients nowadays. We have been sent a lot of chronic cases and it is not getting better, it is getting worse... the load is actually getting worse. We need much more staff at the reception, to work with that load in front... people sit like that for hours, by the time they come to you they are frustrated, they are mad at you and I mean, it's not my fault."

Veranderinge in primêre gesondheidsorgdienste vereis nou dat kliniek-gebaseerde verpleegkundiges voorkomende en bevorderende dienste moet integreer met kuratiewe dienste. 'n Probleem ten opsigte van die basiese opleiding van verpleegkundiges in Suid-Afrika wat reeds deur Strasser (1998:1) uitgewys is, is dat dit verpleegkundiges nie voldoende toerus vir die lewering van primêre gesondheidsorgdienste nie. Die navorser ondersteun hierdie siening, want hierdie tendens duur voort met die voorgraadse opleiding van verpleegkundiges wat nie genoegsame tyd beskikbaar het om voldoende blootstelling te gee aan die ondersoek, diagnosering en behandeling van pasiënte nie. As gevolg van hierdie leemte in die voorgraadse programme moet verpleegkundiges nou addisionele nagraadse programme volg om sodoende kennis en vaardighede te bemeester om op kliniekvlak te funksioneer. Verskeie nagraadse programme is ontwikkel om verpleegkundiges voor te berei vir funksionering op kliniekvlak, maar sommige van veral hierdie informele programme is baie gefragmenteer. Praktykservaring van die navorser het uitgewys dat vertikale programme wat deur die Departement van Gesondheid aangebied is, soos die opleiding van verpleegkundiges om seksueel oordraagbare

siektes, tuberkulose en VIGS berading te doen, gefragmenteerd is. Formele opleidingsprogramme is ontwikkel deur die Departement van Gesondheid en ander tersiêre instellings om verpleegkundiges te bemagtig om omvattende gesondheidsorgdienste te lewer. Hierdie programme is hoofsaaklik residensieel aangebied by tersiêre instellings en studente word vir lang periodes uit die kliniekdienste onttrek om formele onderrig te ontvang ten opsigte van die gesondheidsdiagnose, -behandeling en –sorg. Kritiek word deur Gwele (1998:5) uitgespreek teen die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne in Suid-Afrika en sy dui die volgende redes aan waarom programme ontoeganklik is:

- die meeste kliniese verpleegkunde opleidingsprogramme word residensieel aangebied;
- opleiding vind gewoonlik ver van die studente se werk- en blyplek plaas; en
- die opleidingsprogramme is baie duur.

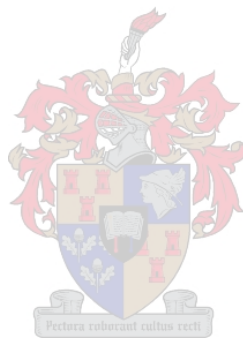
Die navorser ondersteun hierdie kritiek, aangesien die navorser self in haar sewe jaar praktykservaring ondervind het dat klinieke wat reeds onderbeman was, verpleegkundiges noodgedwonge moes vrystel van hul dienste om opleiding in kliniese verpleegkunde te ontvang. Die programme wat deur tersiêre inrigtings aangebied word is duur en klasgelde kan wissel tussen R8300 en R10 000 per jaar wat nie voorgeskrewe boeke insluit nie. Hierdie is egter nie nuwe uitdagings nie, maar die teenwoordigheid daarvan dui daarop dat hierdie uitdagings oorkom sal moet word alvorens primêre gesondheidsorg-beleide effektief geïmplementeer kan word. Dit is duidelik dat opleiding krities ondersoek sal moet word om by die veranderende gesondheidsorgstelsel van Suid-Afrika aan te pas.

2.6 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n oorsig geskets van die ontstaan en ontwikkeling van primêre gesondheidsorg internasionaal en veral die ontwikkeling daarvan in Suid-Afrika. 'n Oorsig is gegee ten opsigte van die hervorming/transformasie van gesondheidsorgdienste wat internasionaal en ook in Suid-Afrika plaasgevind het, sedert die 1994 verkiesing. Die noodsaaklikheid vir die transformasie van verpleegopleiding om aan te pas by die verandering van die gesondheidsorgbehoefte van die gemeenskap, is ook verduidelik. Uit die literatuurstudie blyk dit dat omvattende gesondheidsorgdienste nog nie in plattelandse klinieke gelewer word nie en dat daar ernstige tekortkominge bestaan ten opsigte van die lewering van dienste. Probleme soos hoë werkslading, onvoldoende opleiding, onvoldoende infrastruktuur en hulpbronne blyk algemeen te wees in die meeste fasiliteite.

Aangesien die verpleegkundige 'n sleutelkomponent in die dienslewering op primêre gesondheidsorgvlak is, is haar opleiding een van die kritieke faktore wat ondersoek sal moet

word. In hoofstuk 3 gee die navorser 'n literatuuroorsig oor die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns internasionaal en nasionaal en word daar spesifiek ondersoek ingestel na die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland.



HOOFSTUK 3

OPLEIDING VAN KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS: INTERNASIONAAL EN NASIONAAL

3.1 INLEIDING

In hoofstuk 2 is uitgewys dat die verandering in die gesondheidsorgsisteem 'n verandering in die opleiding van verpleegkundiges genoodsaak het. Die eise wat gestel word deur die primêre gesondheidsorg benadering beteken dat 'n kritiese ondersoek na die opleiding van verpleegkundiges gedoen moet word. Een van die organisasies wat verantwoordelik is vir die implementering en regulering van gesondheidsorgbeleid in gesondheidsorgdienste, is die Departement van Gesondheid. In 1995 het die Nasionale Departement van Gesondheid hulle benadering ten opsigte van dienslewering verander vanaf gefragmenteerde dienste na omvattende gesondheidsorg. 'n Pakket is saamgestel wat die basiese norms en standaarde bevat het vir die dienste wat gelewer moet word. Soos reeds in hoofstuk 2 bespreek, het die verandering wat in dienslewering plaasgevind het daartoe bygedra dat verpleegkundiges wat in klinieke gewerk het hul voorkomende en bevorderende dienste moes integreer met die kuratiewe dienste wat gelewer moes word. Hierdie dienslewering kon egter nie plaasvind indien bykomende opleiding nie ontvang is nie. Die voorgraadse opleiding van verpleegkundiges het nie voorsiening gemaak vir dienslewering op primêre gesondheidsorg vlak nie. In hierdie hoofstuk word die basiese opleiding van verpleegkundiges en kliniese verpleegpraktisyns, internasionaal en nasionaal, bespreek.

3.2 INTERNASIONALE EN NASIONALE OPLEIDING VAN VERPLEEGKUNDIGES

Die klemverskuiwing vanaf hospitaalgesentreerde sorg na primêre gesondheidsorg en die totstandkoming van die Distriks gesondheidsorgstelsel het te weeg gebring dat daar 'n verandering in dienslewering moes plaasvind. Volgens Mekwa (2000:6) vorm die verpleegkundiges die ruggraat van die gesondheidsorgsisteem en word hul dienste beïnvloed deur hierdie verandering. Daarom moet die opleiding van verpleegkundiges aangepas word om hulle voor te berei vir hierdie veranderende werksomgewing. Net soos wat die implementering van die primêre gesondheidsorg benadering deur politieke beleidmakers gedryf word, word die opleiding van verpleegkundiges ook bepaal deur die gesondheidsorgbeleid van die land. Opleiding word geregleer deur die beroepsraad van verpleegkundiges. Die opleiding van verpleegkundiges is dus nie staties nie, maar moet gedurig aangepas word om by die veranderende gesondheidsorgsituasie aan te pas. Die opleiding van verpleegkundiges word deur 'n aantal liggame beïnvloed, naamlik die Beroepsraad van Verpleegkundiges, Departement

Gesondheid, universiteite, universiteite van tegnologie en verpleegkolleges. Die belangrikste rolspeler is egter die beroepsraad wat die minimum vereistes van elke verpleegkunde program bepaal.

Verpleegkundiges kan hul formele opleiding internasionaal en ook nasionaal begin, direk nadat hulle die graad 12 skooleksamens geslaag het. Dit is egter 'n voorvereiste dat voornemende studente wat aan 'n universiteit wil studeer, oor 'n graad 12 skoolsertifikaat moet beskik. Internasionale opleidingprogramme verskil van nasionale programme wat inhoud en die duur van opleiding betref. Internasionaal word verpleegkundige programme wat tot die verwerwing van 'n graad lei, oor drie jaar aangebied en in Suid-Afrika word dit oor vier jaar aangebied. Die kwalifikasie van die internasionale verpleegkundiges lei tot registrasie by hul beroepsraad as 'n algemene verpleegkundige en die studente kan na voltooiing van hul basiese graad spesialiseer in 'n spesifieke rigting, byvoorbeeld as verloskundige, plattelandse verpleegkundige of verpleegpraktisyn (National Review of Nursing Education, Discussion Paper, 2001:50).

In 1984 het die opleiding van verpleegkundiges in Suid-Afrika 'n nuwe wending geneem. Verpleegkundiges was eers opgelei met 'n basiese kwalifikasie in verpleegkunde en moes daarna bykomende kwalifikasies in die verskillende dissiplines verwerf. Na 1984 is verpleegkunde studente opgelei in 'n geïntegreerde program waar hulle aan die einde van hul vier jaar basiese opleiding by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (voortaan SARV) registreer as 'n algemene verpleegkundige met die kwalifikasies in verloskunde, psigiatriatriese verpleegkunde en gemeenskapsverpleegkunde. Die SARV is die professionele raad vir verpleegkundiges wat die minimum vereistes van alle verpleegkundige opleidingsprogramme bepaal. Die wysiging van die onderrigontwerp van verpleegkundiges het ten doel gehad om verpleegkundiges voor te berei vir omvattende gesondheidsorgdienste wat gelewer moes word. Hierdie was die regte skuif in die regte rigting, maar 'n verandering in die verpleeg onderrigontwerp alleen was nie voldoende om verandering in onderrig teweeg te bring nie. Volgens Strachan (2000:11) het hierdie aanpassing ten opsigte van verpleegonderrig nie die doel bereik om meer op primêre gesondheidsorg te fokus nie. Kliniese leergeleenthede het steeds hoofsaaklik in hospitale in veral die stedelike gebiede, waar die opleidingsinstansies geleë is, plaasgevind. Strasser (1998:3) bevestig bogenoemde stelling en meld dat die opleiding van verpleegkundiges in Suid-Afrika nie verpleegkundiges voorberei om primêre gesondheidsorg dienste te lewer nie. Strasser baseer haar bevindings op 'n opname wat sy vir die *Health Systems Trust* in 1998 gedoen het om te bepaal wat die behoeftes van verpleegkundiges in Suid-Afrika is wat in primêre gesondheidsorgdienste werk. Die bestaande opleidingsmodelle maak nie voorsiening vir analitiese en probleemoplossingsvaardighede nie. Hierdie probleme het dus aanleiding gegee tot

die opleiding van verpleegkundiges om spesifiek omvattende gesondheidsorg-dienste te lewer en 'n addisionele kwalifikasie moet verwerf word aan 'n universiteit, universiteit van tegnologie of verpleegkollege.

3.3 INTERNASIONALE EN NASIONALE OPLEIDINGSPROGRAMME VIR KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS

Soos in hoofstuk 2 gemeld het die hele konsep van primêre gesondheidsorg internasionaal ontwikkel toe gesondheidsorg wêreldwyd in 'n krisis was. Dit het teweeggebring dat dienste en opleiding wêreldwyd hersien moes word en 'n nuwe benadering tot gesondheidsorgvoorsiening gevind moes word. Die verandering het soos reeds genoem, nuwe vereistes aan reeds opgeleide verpleegkundiges gestel. Verpleegopleidingsinstansies het saam met die internasionale en nasionale Departemente van Gesondheid hul kurrikulums begin hersien om aan die versoek van die regering vir 'n primêre gesondheidsorg gedrewe gesondheidsorgsisteem te voldoen. Rolspelers het saamgestem met die nuwe benadering, maar die aanpassing van gewysigde kurrikulums in verpleegopleidingsprogramme het nie oral plaasgevind nie. Die beroepsraad het egter 'n stel regulasies wat nagekom moet word, alvorens programme aangebied kan word. Die regulasies vir die diploma in Kliniese Verpleegkunde, Gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg, bepaal dat 'n inrigting slegs goedgekeur sal word om hierdie program aan te bied indien:

- die organisatoriese struktuur en die fasiliteite om die onderrigprogram aan te bied volgens die mening van die beroepsraad bevredigend is;
- die onderrigprogram volgens die mening van die beroepsraad bevredigend is;
- 'n persoon wat as 'n algemene verpleegkundige geregistreer is en teenoor wie se naam bykomende kwalifikasies in onderskeidelik verpleegonderrig en verpleegadministrasie geregistreer is, by die beroepsraad as die persoon in beheer van die opleidingsinstansie aangedui word; en
- lede van die verpleegpersoneel wat aan die kliniese onderrig van studente deelneem, geregistreerde algemene verpleegkundiges is teenoor wie se name bykomende kwalifikasies geregistreer is (Regulasies vir die diploma in Kliniese Verpleegkunde, Gesondheidsdiagnose, -Behandeling en -Sorg no. 48 van 1982, soos gewysig: <http://www.sanc.co.za>).

Verder moet die program verseker dat:

- i. al die modules van die program dwarsdeur die program op toegepaste vlak gedoseer word;
- ii. die etiese grondslae van verpleging dwarsdeur die program beklemtoon word;
- iii. die wet wat die praktyk van verpleging beheer dwarsdeur die program op toegepaste vlak gedoseer word;

- iv. medies-geregtelike risiko's dwarsdeur die program beklemtoon word;
- v. die maatskaplike, psigologiese, kulturele en fisiese verwantskap in gesondheid en siekte dwarsdeur die program beklemtoon word;
- vi. die voorkomende, bevorderende, kuratiewe en rehabilitatiewe aspekte dwarsdeur die program beklemtoon word;
- vii. die wetenskaplike beginsels onderliggend aan verpleging dwarsdeur die program beklemtoon word; en
- viii. mikrobiologie, parasitologie en farmakologie dwarsdeur die program beklemtoon word (Regulasies vir die diploma in Kliniese Verpleegkunde, Gesondheidsdiagnose, -Behandeling en -Sorg no. 48 van 1982, soos gewysig: <http://www.sanc.co.za>).

Die regulasie bepaal verder dat studente dwarsdeur die program sowel teoretiese as kliniese onderrig in die modules moet ontvang en praktika moet deurloop. Die eksamen moet uit 'n skriftelike en praktiese gedeelte bestaan. Om ooreen te stem met die internasionale praktyke ten opsigte van omvattende primêre gesondheidsorgdienste het die Minister van Gesondheid in Suid-Afrika gedurende 1997 'n program geloods om die Suid-Afrikaanse gesondheidsorgsisteem voor te berei vir die verandering in dienslewering. Die program het aangedui dat 320 000 verpleegkundiges opgelei moes word in die primêre gesondheidsorg filosofie en dat die opleiding die volgende moes insluit:

- kliniese vaardighede;
- epidemiologie en die begrip van siektes;
- navorsing en die versameling van data;
- etos van verpleegkunde; en
- bestuursvaardighede.

Tydens 'n nasionale vergadering wat deur die SARV, Departement Gesondheid en *Health Systems Trust* gedurende 1999 gehou is, is daar onder meer besluit dat verpleegopleiding moet transformeer en die volgende maatreëls moes getref word:

- erkenning van vooraf verworwe kennis;
- kurrikulums moet voorsiening maak vir veelvoudige uitreevlakke in diploma- en graadprogramme;
- verandering in die onderrigbenaderings van verpleegkundiges om die ontwikkeling van kritiese denke deur 'n probleemoplossingsbenadering te verseker;
- herorganisering van verpleegkurrikulums om meer uitkomsgebaseerd te wees, eerder as inhoudgebaseer; en

- 'n verskuiwing vanaf hospitaal-gesentreerde sorg na primêre gesondheidsorg en gemeenskapsgebaseerde sorg (Mekwa, 2000:6).

Die navorser het aangedui wat die minimum vereistes is wat deur die beroepsraad vir verpleegkundiges gestel word om 'n kliniese verpleegkundige op te lei. 'n Literatuurstudie is gedoen om die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in Suid-Afrika te vergelyk met die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns internasionaal en word vervolgens bespreek.

3.3.1 Verenigde State van Amerika (VSA)

Tydens 'n studiereis wat die navorser gedurende Augustus 2001 na Londen en die VSA onderneem het, is verskeie instansies besoek waaronder die Universiteite van Pittsburgh, Johns Hopkins en Boston, en die Departement van Gesondheid in Londen. Tydens die gesprekvoering met kundiges in die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns is gevind dat die program in Engeland en VSA as 'n meestersgraad aangebied word, en die verpleegkundiges staan as "*Clinical Nurse Specialists*", of "*Family Nurse Practitioners*" bekend. Verskeie metodes word egter gebruik om die program aan te bied.

Volgens Kessenick (2000:170) word studente aan die Universiteit van Tampa, Florida vir die duur van die program in die klaskamer opgelei. Die teoretiese komponent, sowel as die praktiese komponent word dus residensieël aangebied. Voordat hierdie program in 2000 aangepas is, moes studente hul ondersoekvaardighede in 'n laboratorium inoefen, maar sedertdien oefen die studente op mekaar, en vir die laaste twee weke van hul opleiding kry hulle 'n vrywillige pasiënt wat sekere siektetoestande naboots. Daar word beplan om met nasionale hospitale saam te werk, sodat studente pasiënte in die gemeenskap kan ondersoek en so hul ondersoekvaardighede kan bemeester. Die grootste kritiek teen hierdie benadering is volgens Kessenick (2000:170) dat dit tydrowend en baie duur is.

Die literatuurstudie het getoon dat die teoretiese komponent in die VSA hoofsaaklik residensieël aangebied word en gerugsteun word deur elektroniese media, byvoorbeeld die gebruik van *WebCT*. Die kliniese komponent word hoofsaaklik deur middel van simulاسie aangebied (Gibbons, Adamo, Padden, Ricciardi, Graziano, Levine & Hawkins, 2002:215). Die gebruik van rekenaargesteunde media in die onderrig en assessering van kliniese vaardighede is volgens Issenberg, Gordon en Gordon, Safford en Hart (2001:16) geïmplementeer om die gebrek aan beskikbaarheid van pasiënte te oorkom. Die VSA is in state verdeel met universiteite in elke staat, wat opleiding binne die bereik van elke student bring. Hierdie programme se aanbieding stem baie ooreen met die tradisionele metode wat in Suid-Afrika gebruik word. In Suid-Afrika

word die kliniese gedeelte van die program egter hoofsaaklik deur mentors in die klinieke gedoen.

3.3.2 Engeland

Uit die literatuur blyk dit dat Engeland reeds begin het om te eksperimenteer met nuwe aanbiedingswyses en assessering van die kliniese verpleegkunde program. Programme word residensiël en deur middel van afstandsonderrig aangebied. Residensiële programme word by opleidingsinstansies aangebied en die kliniese komponent word deur middel van Objektiewe Gestruktureerde Kliniese Eksaminering (OGKE) geëvalueer. Volgens Nicol en Freeth (1998:601) is die OGKE die mees bekende en wydste nagevorste metode van assessering in die gesondheidsorgberoepe. Hierdie navorsers het onder meer oor OGKE navorsing gedoen en dit aangepas om die *Bart's Nursing OSCE* te ontwikkel. Die verskil tussen die tradisionele OGKE en die *Bart's* OGKE is dat die laasgenoemde vereis dat 'n student al die vaardighede demonstreer wat vereis word by enige een van die stasies in die simulatie area. Dit blyk nader aan die ideale situasie te wees as die tradisionele OGKE. Afstandsonderrig programme word deur middel van gedrukte media en tele-konferensies aangebied. Daar word ook baie gebruik gemaak van *WebCT* en die internet. Volgens navorsing wat in Engeland deur Andrusyszyn, Cragg en Humbert (2001:165) gedoen is, is gevind dat kliniese verpleegpraktisyns verkies om op hul eie tyd te leer volgens hulle eie studieplan en deur middel van gedrukte materiaal. Die studente het in hierdie navorsing aangedui dat hulle verkies om die fisiese ondersoek deur middel van 'n video te bemeester. In Suid-Afrika is daar vier universiteite, naamlik die Universiteite van Stellenbosch, Noord-Wes, Johannesburg en die Universiteit van Suid-Afrika, wat reeds hul kliniese verpleegkunde programme deur middel van afstandsonderrig aanbied. Volgens Meyer (1999:3), 'n dosent in Verpleegkunde aan die Universiteit van Pretoria, behoort voortgesette onderrig vir na-basiese studente deur middel van afstandsonderrig aangebied te word om sodoende die verpleegkundiges op die platteland te bereik. Die Departement van Verpleegkunde van die Universiteit van Pretoria bied na-basiese programme met behulp van afstandsonderrig aan en hoofsaaklik deur middel van telematiese onderrig.

3.3.3 Australië

Napthine (1996:20) het 'n ondersoek in Australië gedoen om te bepaal wat die stand van kliniese opleiding in Australië is. Die studente en opvoeders het verskeie leemtes geïdentifiseer in die opleidingsproses. Nie alleen bestaan daar dispariteite tussen die kwalifikasies waaroor die verskillende kliniese opvoeders by universiteite beskik nie, maar eenvormigheid ten opsigte van die vaardighede waaroor die studente moet beskik bestaan ook nie. 'n Ander probleem is dat die dienste ander gesondheidsorgwerkers ook moet akkommodeer, en die studente vind dit moeilik

om voldoende blootstelling te kry tydens hulle kliniese werk. Hierdie leemtes is in 2001 geïdentifiseer as uitdagings wat dringend aangespreek moes word.

’n Literatuuroorsig oor die uitdagings vir die plattelandse verpleegkundige is in 2001 deur die *Commonwealth Department of Education, Science and Training* in Australië gedoen en daar is gevind dat die probleme op verskillende vlakke lê, naamlik:

- **die werkplek** – te min personeel om met dienste aan te gaan wanneer ’n personeellid vir opleiding gaan en te min fondse beskikbaar vir verdere onderrig;
- **personeel** – die personeel het familie-verantwoordelikhede en ervaar ’n gebrek aan tyd (persoonlik en professioneel); en
- **opleiding** – daar is ’n gebrek aan inligting oor die verskillende programme wat beskikbaar is, ’n gebrek aan toegang tot die relevante en toepaslike programme, en laastens, ontoereikende programinhoud.

Die literatuuroorsig het ook die metodes van aanbidding van programme ondersoek vir plattelandse verpleegkundiges en die navorsing het aangedui dat die plattelandse verpleegkundiges verkies om ’n program te hê waar hulle direkte kontak met hul dosent kan hê. Die verpleegkundiges het aangedui dat hulle nie van afstandsonderrigprogramme of rekenaargebaseerde programme hou nie, en dat opleiding deur ’n dosent, in die gemeenskap (buite die tersiêre instelling) die mees aanvaarbare manier van aanbidding van programme sou wees. Dit sal verhoed dat die studente hul dienspunte moet verlaat vir opleiding. Hierdie uitreikprogramme is egter baie duur en het groot implikasies vir die beskikbaarheid van hulpbronne (Commonwealth Department of Education, Science and Training, 2002:21).

3.3.4 Indië

Verpleegkunde opleiding word in Indië net soos in Suid-Afrika deur ’n Verpleegkunde Raad beheer. Verder speel die Departement van Gesondheid ook ’n groot rol in die beskikbaarstelling van finansies vir gesondheidsorgfasiliteite om behoorlike gesondheidsorgdienste te lewer. Volgens die Nasionale Konferensie van die Verpleegstersvereniging in Indië bied die Gandhi Nasionale Oop Universiteit ’n program aan wat die verpleegkundige voorberei om nie net die pasiënt in die hospitaal te versorg nie, maar ook in die gemeenskap (Samual, 2003:26). Daar word volgens hierdie opvoedkundige nog nie ’n program vir kliniese verpleegpraktisyns aangebied nie, en sy het haar kommer uitgespreek oor die kwaliteit van verpleegopleiding in Indië. Die volgende redes word aangevoer:

- daar is nie voldoende infrastruktuur, byvoorbeeld klaskamers, laboratoriums en koshuise nie;

- swak praktiese opleidingsgeleenthede, byvoorbeeld toerusting en personeel, in die gemeenskap;
- kurrikulums is nie gebalanseerd nie;
- seleksie van studente word gedomineer deur eksterne druk van die staat;
- studente het nie “studente” status nie, maar word gebruik as personeel in die hospitaal;
- opvoeders op universiteitsvlak het nie genoeg geleentheid om hulself akademies te verbeter nie;
- beperkte finansiële bronne;
- onvoldoende biblioteekfasiliteite, byvoorbeeld ’n tekort aan boeke en nie voldoende toegang tot die internet nie; en
- opvoedkundiges in Indië se praktyk word deur die staat gedikteer en daar is ’n tekort aan outonomie.

Samual (2003:26) beweer dat verpleegopleiding in Indië in ’n dilemma is en meld dat: “Abovementioned issues put together, make it almost impossible for us to meet the training goals. You must do today’s jobs with today’s tools. If you do today’s jobs with yesterday’s tools, tomorrow you will be out of business. I feel we are pushed to do today’s jobs with yesterday’s tools.” Sy voer egter aan dat die dilemma waarin verpleegopleiding in Indië homself bevind, aangespreek kan word deur opleiding aan te pas by die veranderende gesondheidsorgdienste en die veranderende profiel van die studente. Studente is meer gemaklik met tegnologie as die meeste opvoeders in Indië, opvoeders moet dus daarmee rekenskap hou wanneer hulle programme implementeer. Hierdie aanname is teenstrydig met die behoeftes wat die verpleegkundiges op die platteland in Australië uitgedruk. Hulle was, soos reeds gemeld, nie ten gunste van die gebruik van tegnologie nie.

3.3.5 Namibië

Die WGO stel die minimum norm van 200 verpleegkundiges tot 100 000 van die populasie om effektiewe verpleegkundige dienste in ontwikkelende lande te lewer (Pretorius, Marais & Martin, 1997:15). Die situasie in Suid-Afrika het in 2002 goed vergelyk met die WGO norm met ’n verhouding van 343 verpleegkundiges tot 100 000 van die populasie. Dit staan in skrilte kontras met Afrika lande soos Namibië met ’n verhouding van 168 : 100 000, Botswana met ’n verhouding van 68 : 100 000 en Nigerië met ’n verhouding van 66 : 100 000. Ander ontwikkelende lande soos Brasilië en Argentinië toon soortgelyke ernstige tekorte met ’n norm van onderskeidelik 41 en 77 tot 100 000. Die situasie in Suid-Afrika vergelyk goed met die Verenigde Koninkryke (497) en die Verenigde Arabiese Emirate (341) wat beide groot getalle Suid-Afrikaans-opgeleide verpleegkundiges werf om hul vaardighede in die buiteland te beoefen

(Hall & Erasmus, 2003:539). Uit bogenoemde blyk dit dat Namibië se norm van 168 verpleegkundiges tot 100 000 van die bevolking nie voldoende is om effektiewe gesondheidsorgdienste te lewer nie.

Die opleiding van verpleegkundiges in Namibië is die verantwoordelikheid van die staat en die Universiteit van Namibië. Volgens professor Van Dyk van die departement van verpleegkunde aan die Universiteit, word 'n na-basiese diploma in kliniese verpleegkunde aangebied. Die diploma word residensieël aangebied en studente woon 20 ure teoretiese lesings per week by die universiteit by, en studente moet 20 ure prakties per week vir die duur van die program doen. Die program duur een jaar lank en sluit modules soos primêre gesondheidsorg, gesondheidsorgbestuur en navorsing, etos en professionele praktyk, anatomie, fisiologie en capita selecta in (Van Dyk, 2005). Namibië is 'n land met hoofsaaklik plattelandse gemeenskappe en die dorpe is geografies ver van mekaar geleë. Die universiteit is in Windhoek, die hoofstad van Namibië, geleë.

Vervolgens word 'n literatuuroorsig gegee ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne in Suid-Afrika.

3.3.6 Suid-Afrika

Alhoewel die verhouding van verpleegkundiges tot die populasie ooreenstem met die WGO norm, bestaan daar 'n wanverspreiding van verpleegkundiges in die verskillende provinsies van Suid-Afrika. Tabel 3.1 dui die geografiese verspreiding van verpleegkundiges per 100 000 van die populasie in Suid-Afrika aan.

TABEL 3.1: Geografiese verspreiding van verpleegkundiges per 100 000 van die populasie (2001)

Provinsie	Verpleegkundiges : 100 000 van populasie
Wes-Kaap	418
Oos-Kaap	261
Noord-Kaap	212
Vrystaat	419
KwaZulu-Natal	393
Noordwes	403
Gauteng	412
Mpumalanga	230
Limpopo	258

Uit die Tabel blyk dit dat selfs provinsies met groot plattelandse areas soos die Noord-Kaap, Mpumalanga, Limpopo en Oos-Kaap 'n verpleegkundige ratio hoër as die gemiddeld van 200: 100 000 het, wat deur die WGO vereis word om effektiewe gesondheidsorg-dienste te lewer (Hall & Erasmus, 2003:540). Die ratio is egter merkbaar laer as die gemiddelde ratio in Suid-Afrika van 343 : 100 000. Die Noord-Kaap is die provinsie met die laagste ratio van 212 : 100 000 en 'n gevolglik hoër werklading op die verpleegkundiges as byvoorbeeld die Wes-Kaap met 'n verpleegkunde ratio van 418 : 100 000. Die Wes-Kaap is 'n provinsie met groot plattelandse streke, maar die provinsie het 'n goeie verpleegkunde ratio tot die populasie wat bedien moet word. Ten spyte van die positiewe ratio's van die aantal verpleegkundiges tot die populasie, is die wanverspreiding van verpleegkundiges op die platteland 'n groot probleem, en hierdie wanverspreiding word deur literatuur gesteun (Strasser, 1999:8). Die Noord-Kaap word dus geteiken in hierdie navorsing.

Soos wat die gesondheidsorgsisteem verander het om in die behoeftes van die teikenpopulasies te voldoen, moes die opleiding van verpleegkundiges verander om in die veranderende gesondheidsorgbehoefte van die gemeenskap se behoeftes te voorsien. Tydens 'n hersiening van die opleiding van verpleegkundiges in primêre gesondheidsorg wat in 1998 deur Departement Gesondheid gedoen is, is bevind dat daar drie wyses is waarvolgens opleiding geskied, naamlik werksinkels en kort programme, sertifikaatprogramme en diplomaprogramme. Hierdie programme duur tussen drie maande en twee jaar. Verskeie instansies is verantwoordelik vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne en die Departement Gesondheid, universiteite van tegnologie, kolleges en universiteite bied verskeie programme aan. Hierdie organisasies bied residensiële programme, gedentraliseerde programme en afstandsonderrigprogramme aan met ongeveer 44% van programme wat residensiël aangebied word (Strasser, 1998:4). Die aanbiedingswyses van hierdie programme verskil, maar die inhoud en uitkomst van alle programme word deur die SARV geregleer. Alle programme moet aan die minimum vereistes wat deur die Raad gestel is, voldoen. Die SARV reguleer egter nie die aanbiedingswyses van programme nie, en instellings kan self besluit hoe hulle hul programme wil aanbied. Verder stel die SARV ook net minimum standaarde ten opsigte van die inhoud van die programme en is nie voorskriftelik ten opsigte van die uitbreiding van die inhoud van programme nie (Sien Bylae A).

Die aanbieding van primêre gesondheidsorg programme in Suid-Afrika word vervolgens bespreek onder die volgende hoofde:

- Aanbiedingswyses en duur van programme; en
- Assessering wat in programme gebruik word.

3.4 AANBIEDINGSWYSES EN DUUR VAN PROGRAMME IN KLINIESE VERPLEEGKUNDE IN SUID-AFRIKA

Soos reeds gemeld in hoofstuk 1 van hierdie navorsing, word verskeie opleidingsprogramme vir kliniese verpleegpraktisyns aangebied en die duur van hierdie programme wissel tussen drie maande en twee jaar. Die navorser bespreek vervolgens die onderskeie aanbiedingswyses wat tans in Suid-Afrika gebruik word.

3.4.1 Tradisionele blokstelsel - Residensieël

Die Nasionale Departement van Gesondheid het begin met die aanbieding van die sertifikaat program vir kliniese verpleegpraktisyns in alle provinsies in Suid-Afrika. Lesings begin gedurende Januarie met 'n twee weke blokperiode waartydens studente na 'n sentrale punt gaan. Studente ontmoet daarna vir vyf dae per maand vir opvolglesings. Daar word van studente verwag om een dag per week praktiese werk te doen in klinieke onder die toesig van 'n mentor. Die Nasionale Departement van Gesondheid het dus die voortou geneem ten opsigte van die implementering van opleidingsprogramme vir kliniese verpleegpraktisyns in Suid-Afrika. Aanbiedings ten opsigte van die teoretiese komponent geskied hoofsaaklik deur middel van lesings wat aangebied word, groepwerk en gevallestudies wat bespreek word in die klas.

In die Noord-Kaap is 'n sertifikaatprogram in kliniese verpleegkunde aangebied waar studente vir 'n week per maand lesings in Kimberley moet bywoon. Die sertifikaatprogram wat deur Departement Gesondheid in die Wes-Kaap aangebied word, word volgens die SPICES model aangebied. Die SPICES model is 'n akroniem en word as volg verduidelik:

- **Student-georiënteerd (*student oriented*)** – die student moet leer om verantwoordelikheid te neem vir hul eie ontwikkeling. Lesings word beperk, maar kliniese begeleiding word aan studente gebied deur middel van 'n multi-dissiplinêre benadering.
- **Probleemoplossing (*problem solving*)** – die hoofdoel van die kontakssessies is om besprekings te fasiliteer sodat probleemoplossing die fokus van die leerproses word. Daar word gebruik gemaak van scenario's wat deur die studente vir self-evaluasie uitgewerk kan word.
- **Geïntegreerd (*integrated*)** – elke sisteem wat ondersoek word, word apart behandel en geëvalueer, maar studente word aangemoedig om stelsels te integreer en holisties te dink.
- **Gemeenskapsgebaseerd (*community based*)** – word gepoog om deur studente aktiwiteite studente nader aan die gemeenskap te bring deur aktiwiteite te rig op gemeenskapsbetrokkenheid.
- **Elektiwiteit (*electivity*)** – studentaktiwiteite konsentreer op die kliniese area waar studente hul prakties doen.

- **Sistematies (*systematic*)** – die leerproses moet hiërargies integreer word sodat die student kan vorder van basiese konsepte na meer gevorderde konsepte.

Departement Gesondheid hef 'n bedrag van:

- R300,00 vir Provinsiale Administratiewe studente van die Wes-Kaap;
- R500,00 vir studente van Plaaslike Owerhede; en
- R700,00 vir privaat studente wat byvoorbeeld werksaam is by 'n apteek.

Studente is verantwoordelik vir hul eie akkommodasie en die aankoop van handboeke. Vergunning word in die Wes-Kaap en ander provinsies soos die Vrystaat gegee vir die vervoer van studente deur middel van amptelike vervoer vir klasbywoning, maar in die Noord-Kaap is studente verantwoordelik vir hul eie vervoer. Bestaande programme in kliniese verpleegkunde word gekritiseer omdat dit as residensiële programme aangebied word en studente moet hul werkplek en tuiste vir 'n lang periode op 'n keer verlaat om lesings by te woon.

3.4.2 Deeltydse stelsel - residensiël

Die deeltydse stelsel word veral deur die universiteite van tegnologie en universiteite gebruik waar studente se programme in modules aangebied word en studente tipies een dag per week lesings bywoon. Hierdie programme is uitkomsgebaseer en erken die feit dat die volwasse student na die leeromgewing kom met sekere reeds verworwe kennis en vaardighede. Daar word verder van studente verwag om een dag per week prakties te doen, wat hoofsaaklik op Saterdag by gemeenskapsgesondheidsorgsentrum plaasvind onder toesig van 'n mentor wat betaal word. Hierdie is dus net soos die tradisionele blokstelsel ook 'n program wat residensiël aangebied word. In die Oos-Kaap word die sertifikaatprogram deur die verpleegkollege aangebied en moet die studente lesings by die kollege vir 'n periode van een week per maand bywoon. Daar word dan van die studente verwag om hul prakties onder direkte toesig van die verpleegkundiges in die klinieke te doen (Wahome, 2002:6). Assessering word deur die dosente van die verpleegkollege gedoen en die teoretiese komponent word geëvalueer deur middel van toetse en eksamens. Die kliniese komponent word in die kliniek geëvalueer. Dieselfde metodes van aanbieding en assessering word ook in KwaZulu-Natal gebruik in die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns by ML Sultan Technikon. Die Kaapse Skiereiland Universiteit van Tegnologie se program is by die SARV gelys as 'n sertifikaatprogram en vorm tans deel van die B. Tech. graad. Die program word deeltyds aangebied en strek oor twee akademiese jare. Aanbiedingswyses van die teoretiese komponent is hoofsaaklik groepwerk en rolspel in die klaskamer. Die kostes van hierdie program beloop ongeveer R6000,00 en die student is self verantwoordelik vir koste van lesings, handboeke en vervoer.

3.4.3 Deeltydse stelsel -papiergedrewe afstandsonderrig

Die papiergedrewe afstandsonderrigprogram word hoofsaaklik deur universiteite in Suid-Afrika aangebied. Hierdie program word bedryf volgens die beginsels van uitkomsgebaseerde onderrig en maak ook voorsiening vir individuele leergeleenthede. Die program sluit studiemateriaal in wat die student self moet bemeester en vrywillige kontakssessies word by die universiteit aangebied om enige probleme te bespreek. Die kliniese komponent vereis dat studente een dag per week kliniese werk in 'n kliniek moet doen onder toesig van 'n mentor. Hierdie program het egter die voordeel dat studente nie hul tuiste en werkplek hoef te verlaat om lesings by te woon nie.

3.4.4 Interaktiewe telematiese onderrig

Interaktiewe telematiese onderrig verwys na 'n omvattende sisteem van multimedia-onderrig. Dit sluit alle modusse van leer in wat gerugsteun word deur tegnologie. Hierdie onderrigsisteem maak dit vir studente moontlik om tuis te studeer en terselfdertyd die ondersteuning van die fasiliteerder te geniet. Studente word voorsien van studiemateriaal wat uitkomsgebaseerd is en woon ongeveer vier interaktiewe telematiese sessies per jaar by waartydens bykomende inligting aan studente deurgegee en bespreek word. Studente moet steeds een dag per week kliniese werk in klinieke doen. Hierdie program is dus papiergedrewe met 'n interaktiewe telematiese komponent en word in Suid-Afrika nog net deur universiteite soos Stellenbosch en Pretoria aangebied. Die programme is baie duur en kos vir 2006 beloop ongeveer R8600,00 per student. Die fooie sluit die kostes vir handboeke uit en die studente is self verantwoordelik vir die betaling van hul klasgelde. Na suksesvolle voltooiing van die program, word die studente by die SARV geregistreer met 'n nagraadse diploma in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg. Die program word deelyds gevolg en strek oor een akademiese jaar, maar studente het die keuse om die program oor twee jaar te volg.

Uit die voorafgaande paragrawe is dit duidelik dat daar verskeie metodes van aanbieding is ten opsigte van die teoretiese en praktiese komponente van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns. In Tabel 3.2 word 'n oorsig gegee van die verskillende aanbiedingswyse van die teoretiese en praktiese aspekte in kliniese verpleegkundeprogramme soos dit internasionaal en nasionaal daar uitsien.

TABEL 3.2: Aanbiedingswyses van teoretiese en praktiese aspekte van kliniese verpleegkunde programme – internasionaal en nasionaal

Land	Teoretiese komponent	Praktiese komponent
VSA	<ul style="list-style-type: none"> Residensieël en gerugsteun met elektroniese media, byvoorbeeld WebCT 	<ul style="list-style-type: none"> Laboratorium Medestudente Vrywillige pasiënte Simulasie
Engeland	<ul style="list-style-type: none"> Residensieël Afstandsonderrig met gedrukte media en tele-konferensies 	<ul style="list-style-type: none"> Simulasie Video
Australië	<ul style="list-style-type: none"> Residensieël Afstandsonderrig en rekenaargesteunde programme 	<ul style="list-style-type: none"> Mentors Laboratorium Simulasie
Indië	<ul style="list-style-type: none"> Geen opleiding 	<ul style="list-style-type: none"> Geen opleiding
Namibië	<ul style="list-style-type: none"> Residensieël 	<ul style="list-style-type: none"> Simulasie Laboratorium Mentors
S.A	<ul style="list-style-type: none"> Residensieël Afstandsonderrig wat papiergedrewe is Interaktiewe telematiese onderrig 	<ul style="list-style-type: none"> Simulasie Mentors Video's Laboratorium

Uit bogenoemde blyk dit dat verskeie opleidingsprogramme beskikbaar is in die diagnosering, behandeling en sorg van pasiënte. Ten spyte van die verskeidenheid van opleidingsprogramme wat in Suid-Afrika beskikbaar is vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns, word steeds te min verpleegkundiges opgelei om in die behoeftes van die gemeenskap te voorsien. Strasser (1999:6) noem verder dat programme ook nie toeganklik is vir veral verpleegkundiges op die platteland nie. Diplomaprogramme wat by tersiêre instellings aangebied word en meer beskikbaar is vir die plattelandse student, is baie duur en nie altyd bekostigbaar vir studente nie.

'n Ander behoefte wat tans in die Wes-Kaap bestaan, is die behoefte aan 'n diploma in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg. Die behoefte het so groot geraak, dat al die rolspelers in die Wes-Kaap wat gemoeid is met kliniese verpleegonderrig op 4 April 2006 in Bellville vergader het om te besin oor die opleidingsmoontlikhede in die provinsie. Studente wat deur die Departement Gesondheid in die Wes-Kaap opgelei is en wat net oor 'n sertifikaat program beskik, wil nou verder studeer en 'n diploma verwerf omdat dit hul beter bemaatig om omvattende dienste in die gemeenskap te lewer. Die diploma open ook deure vir hoër akademiese kwalifikasies soos 'n meestersgraad op universiteitsvlak. Die aanbiedingswyses en duur van bestaande programme in kliniese verpleegkunde in Suid-Afrika is tydens die gesprek

breedvoerig bespreek en vervolgens gaan die assessering wat in bestaande programme in Suid-Afrika gebruik word, bespreek word.

3.5 ASSESSERING IN BESTAANDE PROGRAMME

Assessering word as een van die noodsaaklikste elemente van onderrig as geheel beskou en, tesame met die uitkomst en die onderrigproses opsigself, vorm dit die ruggraat van onderrig (Hopkins & Antes, 1990:143). Assessering vind in die teoretiese en praktiese komponente van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne plaas. Formatiwye assessering in die teoretiese komponent vind plaas deur middel van werkstukke wat voltooi en ingehandig moet word en toetse wat maandeliks geskryf word. Daar word ook van studente verwag om gevallestudies in te handig wat deel uitmaak van die formatiewe assesseringsproses. In die praktiese komponent vind formatiewe assessering plaas deur middel van 'n werkboek wat voltooi moet word, en assessering in simulاس in kliniese vaardigheidslaboratoriums. Tydens die summatiwye assessering skryf studente eksamen oor die teoretiese komponent van die program en word 'n praktiese eksamen afgelê om die student se vaardigheid te evalueer ten opsigte van diagnosering, behandeling en sorg van 'n pasiënt.

Die veranderende omstandighede en nuwe benaderings tot onderrig en die onderrigproses in Suid-Afrika noodsaak 'n heroorweging van bestaande assesseringsmetodes. Assessering speel 'n sentrale rol in die onderrigproses en het verreikende gevolge vir die student. Die instrument wat gebruik word om die student se vordering en prestasie te evalueer, moet geldig, betroubaar en toepaslik wees vir die doel (Cangelosi, 1990:16).

Bestaande assesseringspraktyke wat by die meeste verpleegonderriginstellings gebruik word, het 'n aantal ernstige tekortkominge, naamlik:

- dat geskrewe metingsprosedures wat hoofsaaklik ingestel is op die assessering van studente se kognitiewe vaardighede, ten koste van die affektiewe en psigomotoriese vaardighede gebruik word;
- 'n skriftelike eksamen kan 'n groot agterstand skep vir studente wat nie vaardig is met die verwoording van kennis, begrip en vaardighede nie;
- uiterste spanning wat saam met skriftelike assessering gepaard gaan, verhoed studente dikwels om vroe doeltreffend te beantwoord en op hul beste te presteer;
- geskrewe metingsprosedures evalueer hoofsaaklik die lae kognitiewe vermoëns van studente; en

- teenstrydighede kan ontstaan wanneer studente wat nie werklik 'n goeie begrip van die hele leerplan het nie, wel die assessering slaag bloot op grond van memorisering en die feit dat die regte vrae vooraf geraai is.

Bogenoemde bespreking noodsaak dus die oorweging van alternatiewe, meer gepaste geldige en toereikende assesseringstrategieë in die teoretiese komponent van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns. Die algehele klem moet volgens Mekwa (2000:6) op die implementering van student-gesentreerde onderrig val, eerder as op opvoeder-gesentreerde onderrig. Die uitdaging waarteen verpleegopvoeders nou te staan kom, is om 'n wye kennisbasis te integreer met kliniese vaardighede wat op kliniekvlak benodig word en waar die klem op die student sal val.

Die assessering van die kliniese komponent sluit die kognitiewe, psigomotoriese en affektiewe komponente in. Tydens die kliniese assessering moet bepaal word of die student vaardig is ten opsigte van onderhoudvoering, oor die vermoë beskik om 'n pasiënt se geskiedenis vas te stel, vaardigheid toon ten opsigte van die fisiese ondersoek van die pasiënt, en oor die vermoë beskik om die inligting wat verkry is te interpreteer. Die student moet in staat wees om die korrekte en toepaslike intervensies te implementeer na aanleiding van data wat versamel is. Verskeie metodes word gebruik om hierdie aspekte te evalueer, byvoorbeeld deur gebruik te maak van 'n vaardigheidslaboratorium waar studente deur simulatie hul vaardighede demonstreer in die teenwoordigheid van 'n dosent. Studente kan ook pasiënte in teenwoordigheid van die dosent ondersoek, en dan volgens 'n formele assesseringsdokument geëvalueer word. Verskeie rekenaarprogramme is beskikbaar wat gebruik kan word om studente in simulatie te evalueer. Hierdie metode word veral in Australië en die VSA gebruik. In Suid-Afrika is dit egter 'n gevestigde kultuur dat 'n dosent teenwoordig moet wees tydens elke praktiese sessie, sowel as tydens assessering. Met die huidige personeeltekorte in die verpleegberoep en omdat dit baie duur is om deurgaans van mentors gebruik te maak, het dit noodsaaklik geword om alternatiewe assesseringsmetodes soos assessering in simulatie te ondersoek wat gebruik kan word in opleidingsprogramme van kliniese verpleegpraktisyns.

Uit bogenoemde literatuuroorsig blyk dit dat verskillende metodes van aanbieding en assessering tog gebruik word vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns internasionaal en nasionaal. Die navorser kon egter uit die literatuur geen bewyse vind dat die een wyse van onderrig aanbeveel word bo die ander nie, daarom wil die navorser juis bepaal watter onderrigraamwerk aan die behoeftes van veral die plattelandse student sal voldoen. Uit die literatuur blyk dit dat deurgaans van mentors gebruik gemaak word in Suid-Afrika om die kliniese vaardighede aan die studente te demonstreer en om die student te begelei tydens praktiese sessies. Die probleem met hierdie metode is dat studente afhanklik raak van die teenwoordigheid van die mentors en daar

word van tersiêre instellings verwag om die mentors finansieël te vergoed vir die tyd wat hulle saam met studente in die kliniese leerarea deurbring.

3.6 SAMEVATTING

In hoofstuk 3 is die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns internasionaal en nasionaal bespreek. Uit die literatuuroorsig blyk dit dat daar internasionaal en nasionaal verskeie metodes gebruik word om kliniese verpleegpraktisyns op te lei. Opleiding geskied hoofsaaklik in stedelike areas en die praktiese aspek van die opleiding word deur mentors in die kliniese areas aangebied. Die kliniese aspek van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns is afhanklik van die beskikbaarheid van mentors. Mentors is egter nie geredelik beskikbaar nie en hul dienste is baie duur. Alternatiewe moet ondersoek word om die kliniese aspek van die program aan studente te bied.

In hoofstuk 4 word die teoretiese aspekte ten opsigte van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir volwasse studente bespreek.



HOOFSTUK 4

TEORETIESE ASPEKTE TEN OPSIGTE VAN 'n STUDENTGESENTEERDE OPLEIDINGSRAAMWERK VIR VOLWASSE STUDENTE

4.1 INLEIDING

In hoofstuk 3 is 'n literatuuroorsig gegee oor die ontwikkeling van opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in die VSA, Engeland, Australië, Indië, Namibië en Suid-Afrika. Uit praktykondervinding en die literatuurstudie blyk dit vir die navorser dat:

- verskeie opleidingsprogramme beskikbaar is in die diagnosering, behandeling en sorg van pasiënte, maar steeds word te min verpleegkundiges opgelei om in die behoeftes van die gemeenskap te voorsien;
- programme nie toeganklik is vir verpleegkundiges op die platteland nie; en
- tot op datum geen formele navorsing gedoen is oor hoe die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns moet plaasvind om te verseker dat dit aan die opleidingsbehoefte van die studente / verpleegkundiges en die gesondheidsorgomgewing / diensverskaffer voldoen nie.

Die navorser se praktykservaring en belydenis is bevestig deur die openingspreker van die Twaalfde Internasionale Ottawa Konferensie oor Kliniese Vaardighede. Die spreker het op 20 Mei 2006 in New York statistieke beskikbaar gestel wat toon dat daar globaal 'n gesondheidskrisis onderweg is, veral in ontwikkelende lande soos Suid-Afrika. Stern (2006:1) meld dat die krisis hoofsaaklik rondom die beskikbaarheid van menslike hulpbronne wentel. Stern (2006:1) argumenteer dat kliniese vaardighede die hoeksteen is van die oplossing van hierdie krisis. Hierdie aanname ondersteun die argumente van die navorser, asook literatuur ten opsigte van die gesondheidsorgsituasie in Suid-Afrika soos aangetoon in hoofstuk 2 van hierdie navorsing. Gebaseer op die Instituut van Internasionale Mediese Onderrig se ondervinding in China, glo Stern verder dat die assessering van onderrig uitkomst, programverandering kan teweegbring en sodoende gesondheidsorgsisteme kan verander. Uit bogenoemde blyk dit dat dit belangrik is om 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns daar te stel wat hul behoeftes maksimaal sal akkommodeer.

Die ontwikkeling van opleidingsprogramme is volgens Jacobs, Vakalisa en Gawe (2004:35) die belangrikste aspekte in die onderrig- en leersituasie. Die ontwikkeling van 'n program se grondslag word gelê in programontwerp. Programontwerp identifiseer en integreer die uitkomst wat die student moet bereik en dit gee ook rigting en betekenis aan die onderrigsituasie. Hierdie hoofstuk gee 'n oorsig oor die kriteria waaraan 'n opleidingsraamwerk moet voldoen om studentgesentreerde onderrig in kliniese verpleegkunde op die platteland te fasiliteer.

4.2 BEGRIPSOMSKRYWING

'n Begripsverklaring van die verskillende terme wat in kurrikulumontwikkeling en die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk gebruik word, volg nou, aangesien daar nie eenstemmigheid onder skrywers is oor wat veral met die begrip kurrikulum, program, of raamwerk bedoel word nie.

4.2.1 Kurrikulum / Program / Raamwerk

Die term kurrikulum word deur verskeie skrywers vervang met program, leerplan, raamwerk of syllabus. Nijhof (1995:189) dui die oorspronklike betekenis van die term program aan as 'n renbaan of 'n loopbaan. Dit dui dus op 'n pad wat na 'n spesifieke einddoel lei. Dit bied 'n uitnodiging aan die student om deel te neem aan die wêreld en lewe in sy ryke verskeidenheid. Stenhouse (1976:1-5) beskou die kurrikulum of program as die weg waarlangs opvoedkundige doelstellings in die praktyk gerealiseer word. Dit sluit volgens die outeur spesifieke inhoude en metodes in, en neem ook die implementering en instellings vir die realisering daarvan in ag. Mellish *et al.* (1998:83) definieer die verpleegkurrikulum as 'n opvoedkundige program wat ontwerp is om spesifieke doelwitte te bereik. Uys en Gwele (2005:22) sluit aan by Mellish se definisie en verwys na die verpleegkurrikulum as die leerervaring wat beplan word vir 'n spesifieke program.

Volgens Foley (2004:97) kan die term program in volwasse-onderrig vir verskeie gebeure aangewend word, byvoorbeeld vir 'n enkele opvoedkundige gebeurtenis, vir 'n formele program wat aangebied word, vir 'n groep kursusse wat aangebied word, of vir 'n individuele leerprojek. Carl (1995:31) beskryf 'n program as “the sum total of the means by which a student is guided in attaining the intellectual and moral discipline requisite to the role of an intelligent citizen in a free society. ...it encompasses all of the learning experiences that students have....” In hierdie navorsing word die term program gebruik wanneer verwys word na 'n formele program wat aangebied word vir verpleegkundiges.

Uit die literatuur blyk dit vir die navorser dat 'n neiging in veral gesondheidsonderrig bestaan om kurrikulumraamwerke te ontwikkel wat as riglyn kan dien vir programontwikkeling (Krause, 2003:92). 'n Opleidingsraamwerk is volgens die literatuur dus 'n stap voor programontwikkeling en dit sluit faktore wat 'n rol speel in programontwikkeling, in.

Vanuit die verskillende definisies kan afgelei word dat die program of opleidingsraamwerk vanuit verskillende perspektiewe beskou kan word en dat daar verskillende betekenis moontlikhede bestaan. Die navorser verkies om in hierdie navorsing die begrip opleidingsraamwerk te gebruik. Opleidingsraamwerk word in hierdie navorsing beskou as 'n breë begrip wat beplande aktiwiteite insluit wat leer van die volwassene op die platteland kan

bevorder. Die navorser ondersteun hierdie begrip aangesien riglyne geformuleer word wat deur enige opleidingsinstansie gebruik kan word om kliniese verpleegpraktisyns op die platteland op te lei binne 'n studentgesentreerde raamwerk.

4.2.2 Omskrywing van die term: Programontwikkeling

Foley (2004:98) het 'n praktiese benadering tot die beskrywing van programontwikkeling en beskryf dit as 'n storie wat geskryf word deur 'n programontwerper. Die programontwerper begin die storie skryf en op 'n stadium tree die ontwerper uit die storie uit, sodat ander kan voortgaan daarmee. Dit is volgens Foley (2004:100) belangrik dat die rolspelers (studente, fasiliteerders en organisasie) moet beseef dat 'n program ontwikkel word binne 'n spesifieke konteks. Die konteks verwys na politieke-, ekonomiese-, sosiale-, organisatoriese-, estetiese-, morele- en historiese omstandighede waarbinne die program ontwikkel word. Uys en Gwele (2005:24) beskou die ontwikkeling van 'n program as die proses waartydens besluit word wat aangebied sal word in die verpleegprogram en op watter wyses die inligting oorgedra sal word aan die studente, asook die assessering van die studente.

Die volgende stappe moet volgens Uys en Gwele (2005:27) gevolg word om 'n program te ontwikkel:

- bepaal die inhoud van die program;
- formuleer die uitkomst;
- selekteer 'n kurrikulummodel en ontwikkel 'n makro-kurrikulum;
- ontwikkel die mikro-kurrikulum; en
- beplan die assessering van die uitkomst.

Bogenoemde stappe word in die ontwikkeling van alle nuwe opleidingsprogramme gevolg, maar in hierdie navorsing, waar die minimum standarde ten opsigte van die inhoud reeds deur die SARV bepaal is, word die opleidingsraamwerk ontwikkel vir 'n spesifieke groep studente, en word aandag gegee aan die aanbiedingswyses en assesseringsmetodes van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland.

4.2.3 Begripsomskrywing van die term: Programontwerp

Ornstein en Hunkins (1993:232) verwys na programontwerp as die rangskikking van die elemente van die kurrikulum om 'n eenheid te vorm en sluit die doelwitte van die program, aanbiedingswyses, leerervarings en assesseringsmetodes in. Uys en Gwele (2005:28) brei uit op die voorafgaande definisie. Volgens die outeurs sluit die ontwerp van 'n raamwerk die tipe program in wat gevolg word, asook die organisatoriese beginsels van die program. Ornstein en Hunkins (1993:242) meld dat alle programme die produk van een van die tipes programontwerpe

is wat bestaan, naamlik onderwerp-gesentreerde-, studentegesentreerde- en probleem-gesentreerde benadering. Volgens Uys en Gwele (2005:143) maak instansies wat opleiding aanbied vir verpleegkundige programme ook van gevalle-gebaseerde en gemeenskapsgebaseerde benaderings gebruik. In hierdie navorsing word die studentegesentreerde benadering gebruik. Studentegesentreerde onderrig dwing die fasiliteerder om die beste metodes van onderrig en assessering te gebruik. Daardeur word verseker dat die inhoud en vaardighede deur middel van aktiewe deelname deur die student bemeester word en die programuitkomste suksesvol bereik word.

In afdeling 4.2 is 'n begripsverklaring gedoen vir terminologie wat in hierdie studie gebruik word en vervolgens word die prosesse wat gevolg word in die ontwikkeling van programme in verpleegkunde binne die Hoër Onderwysituasie in Suid-Afrika bespreek.

4.3 DIE PROSES VAN PROGRAMONTWIKKELING IN VERPLEEGKUNDE BINNE HOËR ONDERWYS IN SUID-AFRIKA

Die ontwikkeling van 'n kurrikulum of program is 'n reuse taak en 'n voortdurende, eerder as 'n eenmalige proses. Sedert 1994 is die Suid-Afrikaanse hoër onderwys gekenmerk deur dramatiese verandering en transformasie was die sleutel tot 'n meer toeganklike hoër onderwysstelsel. In 1997 het die Witskrif vir Hoër Onderwys verskyn wat die vereistes waaraan hoër onderwys moes voldoen om te transformeer uiteengesit het. Gravett en Geyser (2004:6) beskryf die vereistes waaraan 'n getransformeerde hoër onderwysstelsel moet voldoen as 'n stelsel wat:

- gelyke toegang verleen aan alle studente;
- programme ontwikkel wat lei tot 'n kwalifikasie wat aan die land se indiensnemingsbehoefte sal voldoen om sodoende meer gegradueerdes te lewer;
- kritiese en kreatiewe denke sal bevorder; en
- navorsing stimuleer wat aan internasionale standaarde voldoen.

Die implementering van die Witskrif op Hoër Onderwys het aanleiding gegee tot die totstandkoming van die Suid-Afrikaanse Kwalifikasie Owerheid (SAKO) en die Nasionale Kwalifikasie Raamwerk (voortaan NKR). Gravett en Geyser (2004:7) beklemtoon dat alle kwalifikasies by die NKR geregistreer moet word om sodoende gelykwaardigheid van programme te verseker wat deur verskillende tersiêre instellings aangebied word. 'n Ander doel waarna die NKR streef is om lewenslange leer aan te moedig, aangesien Suid-Afrika 'n behoefte het aan hoogs geskoolde arbeid. Meyer (1996:14) gee 'n waardevolle en relevante bespreking rakende die invloed wat die NKR het ten opsigte van die paradigmaskuif wat in hoër onderwys moet plaasvind. In Tabel 4.1 volg 'n opsomming van die NKR se invloed op onderrig en leer.

TABEL 4.1: Die invloed van die Nasionale Kwalifikasie Raamwerk op onderrig en leer

Tradisionele onderrig	Nuwe leer paradigma
▪ Langtermyn	▪ Konseptuele verskuiwing vanaf onderrig na effektiewe leer
▪ Inhoud gedrewe	▪ Multi-dimensionele leer
▪ Opvoeder gesentreerd	▪ Integrasie van inligting en die bestuur van leersisteme
▪ Assessering deur middel van eksaminering	▪ Individue en individuele leer word holisties gesien
▪ Teorie en praktyk is apart	▪ Geïntegreerde leersisteme
▪ Beperkte buigsaamheid	▪ Beginsels van integrasie, relevansie, buigsaamheid, legitimiteit, toeganklik, erkenning van voorafverworwe kennis

Tabel 4.1 dui aan dat die NKR daarna streef om 'n geïntegreerde benadering in onderwys te vestig wat lewenslange leer sal bevorder. Saam met die NKR het die totstandkoming van uitkomsgebaseerde onderrig in die Suid-Afrikaanse sisteem gekom wat beteken dat opvoeders se fokus verskuif na wat studente veronderstel is om te kan doen, eerder as wat hulle behoort te weet. Uitkomsgebaseerde onderrig het ontwikkel as gevolg van kritiek wat uitgespreek is teenoor die hoër onderwysstelsel wat studente bemagtig met baie kennis, maar dat hulle nie noodwendig die kennis kan toepas in die praktyk nie. Uitkomsgebaseerde onderrig is 'n benadering wat op bevoegdheid van 'n student fokus om hom/haar voor te berei met die nodige lewensvaardighede wat die werksplek vereis. Hierdie lewensvaardighede sluit die ontwikkeling van kritiese denke, probleemoplossing, leierseienskappe en kommunikasie in. 'n Ander belangrike motivering waarom veral verpleegkunde onderrig neig na uitkomsgebaseerde onderrig, is omdat dit erkenning gee vir voorafverworwe kennis.

Alle verpleegkunde programme moet by die NKR geregistreer wees en aan hul vereistes voldoen, asook aan die SARV se minimum vereistes. Die nagraadse diploma vir kliniese verpleegpraktisyns is by die NKR op 'n vlak 5 geregistreer. Die SARV is die reguleerder van alle programme wat in verpleegkunde aangebied word en geen program mag op tersiêre vlak aangebied word, sonder die goedkeuring van die raad nie.

Die doel van die SARV se riglyne is volgens Uys en Gwele (2005: 24) om:

- minimum standaarde te verseker vir verpleegkunde en verloskunde opleiding, en sodoende veilige verpleegsorg aan die Suid-Afrikaanse gemeenskappe te lewer;
- kwaliteit opleiding aan studente te verskaf wat hul geld en tyd belê in die verkryging van 'n bykomende kwalifikasie;

- te verseker dat die nasionale gesondheidsbehoefte ingesluit word in verpleegonderrig;
- te verseker dat die kwaliteit van programme verbeter met nasionale hersiening; en
- standarde vir bevoegdheid op nasionale vlak te bepaal.

Met die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap word die minimum vereiste soos deur die SARV gestel, as vertrekpunt gebruik. (Sien Bylae A) 'n Beskrywing volg nou van die faktore wat 'n rol speel in die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland.

4.4 FAKTORE WAT 'n ROL SPEEL IN DIE ONTWIKKELING VAN 'N STUDENTGESENTEERDE OPLEIDINGSRAAMWERK VIR VOLWASSE STUDENTE OP DIE PLATTELAND

Studentgesentreerde onderrig is nie 'n nuwe konsep by die Universiteit van Stellenbosch nie. Dit is die benadering wat sedert 2002 vir onderrig en leer gebruik word. Studentgesentreerde benaderings in hoër onderwys het ten doel om verantwoordelikheid aan studente te gee ten opsigte van aktiwiteite wat beplanning, leer, interaksie met mede-studente en dosente, navorsing en die assessering van leer insluit (Cannon, 2000:14). Die navorser, as dosent by die Universiteit van Stellenbosch, het die studentgesentreerde benadering in onderrig as vertrekpunt gebruik in hierdie navorsing, omdat dit die benadering van die universiteit is, maar ook omdat hierdie benadering internasionaal gesteun word. In studentgesentreerde benaderings is die student die sentrale fokuspunt, en leer en onderrig word beplan volgens die student se behoeftes. 'n Studentgesentreerde benadering sluit volgens Dolence (2005:2) die volgende komponente in:

- **'n Studentepopulasie** - die onderriginstansie moet weet wie die kliënte is en in hierdie studie is die populasie, volwasse verpleegkundiges wat reeds oor 'n tersiêre kwalifikasie in verpleegkunde beskik.
- **Studentdoelwitte** - studente het 'n behoefte aan duidelik geformuleerde doelwitte of uitkomst wat bereik word in 'n program.
- **Onderrigmodelle** - verskeie onderrigmodelle bestaan en die onderrigmodel gekies is wat by die spesifieke studentepopulasie pas.
- **Onderrigteorieë en metodes** - verskeie onderrigteorieë en metodes word in die literatuur aangetref, en daar is spesifieke onderrigmetodes wat vir volwasse verpleegkundestudente aanbeveel word, soos uitkomsgebaseerde onderrig, probleemgebaseerde onderrig en gemeenskapsgebaseerde onderrig.
- **Studentgesentreerde kurrikulum-argitektuur** - sluit die filosofie in waarop die modules vir die program saamgestel word en daarom sal 'n verpleegfilosofie sterk figureer.

- **Studentgesentreerde kurrikulum konfigurasie** - sluit die verfyning van die kurrikulum in, daarom word tydskedules, bekostigbaarheid en uitvoerbaarheid van die program vasgestel.
- **Studentgesentreerde ondersteuningsdienste** - ondersteuningsdienste is net so belangrik soos die ontwerp van 'n studentgesentreerde kurrikulum. Ondersteunings-dienste soos berading, finansiële hulp, biblioteekdienste en toegang tot internet is toepaslike dienste wat geïntegreer moet word in die ontwikkeling van 'n program / kurrikulum.

'n Studentgesentreerde benadering is gebaseer op studente se lewens, hul behoeftes en belangstellings. Navorsing wat in die VSA gedoen is oor studentgesentreerde kurrikulums dui daarop dat dit 'n kragtige meganisme is om die uitdagings aan te spreek wat gepaardgaan met die behoeftes van volwasse studente. Volgens Dolence (2003:3) voorsien hierdie raamwerk 'n sistematiese manier waarop kurrikulumontwikkeling en ontwerp moet plaasvind. Die raamwerk wat voorgestel word bestaan uit sewe komponente en hierdie raamwerk word ook gebruik om kurrikulums te evalueer. Die raamwerk word skematies voorgestel in Tabel 4.2 en word in hierdie navorsing gebruik as riglyn vir die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns. Sien ook Bylae E en F vir die strategiese beplanningsproses en die oorspronklike raamwerk.

TABEL 4.2: Opsomming van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk (Dolence, 2003:3)

Populasie	Doelwitte	Onderrig modelle	Onderrig teorie & metodes	Argitektuur: Kurrikulum	Kurrikulum Konfigurasie	Student ondersteuning
Grootte van populasie	Duidelik Wees	Model moet pas by populasie wat bedien word	Volwasse leerteorie: Cross	Inhoud ontwerp model	Nuwe kurrikulum wat opgestel word	Akademie
Behoeftes	In lyn wees met student se behoeftes	Uitkoms-gebaseer	Andragogie: Knowles	Inhoud ontwikkel model	Sluit kurrikulum implementering in	Vaardighede
Beperkinge	Moet vaardighede ontwikkel	Probleem-gebaseer	Ervarings-leer: Rogers	Inhoud aanbieding		Pas vaardighede in beroep toe
Werkzaam	Lei tot kwalifikasie	Gemeenskaps-gebaseer	Metodes: Aktiewe leer	Student assessering		Biblioteek
Taalgebruik	Duur van program		Audio tutoriaal	Kwalifikasie verwerf		Ontspanning
Geografiese verspreiding	Vereistes vir toelating tot program		Gevallestudies			Taal behoeftes

Populasie	Doelwitte	Onderrig modelle	Onderrig teorie & metodes	Argitektuur: Kurrikulum	Kurrikulum Konfigurasi	Student ondersteuning
Kwalifikasies	Wet-gewing		Rekenaar-gesteunde onderrig			Finansieel
			Ervaringsleer			
			Laboratorium / simulasi			

Vervolgens word die toepassing van bogenoemde opleidingsraamwerk in hierdie navorsing bespreek.

4.4.1 Populasie waarvoor die studentgesentreerde raamwerk ontwikkel word

In hierdie navorsing is die populasie werkende verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap. Volgens statistieke wat gedurende 2003 van die SARV verkry is, is die grootte van die populasie vasgestel op 433. Die opleidingsbehoefte van hierdie populasie is vasgestel deur middel van 'n literatuursoektog, vraelyste en semi-gestruktureerde onderhoude en word in hoofstuk 6 volledig bespreek. Die taalgebruik van verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap is hoofsaaklik Afrikaans en Engels.

'n Eenvormige definisie van volwasse-onderrig kon nie in die literatuur gevind word nie en volgens Merriam en Brockett (1997:5-25) is dit noodsaaklik dat onderskeid getref word tussen volwasse-onderrig en volwasse-leer. Die outeurs beskou volwasse-leer as 'n kognitiewe proses wat intern tot die student is en dui dit op die handelinge van 'n student tydens die onderrig-leer situasie. Onderrig is gemoeid met leeruitkomste en die proses wat die student moet volg om hierdie uitkomste te bereik. Onderrig kan nie bestaan sonder leer nie. Volgens Darkenwald en Merriam (1982:9) is volwasse onderrig "a process whereby persons whose major social roles are characteristic of adult status undertake systematic and sustained learning activities for the purpose of bringing about changes in knowledge, attitudes, values, or skills". Dewey het 'n filosofie vir onderrig ontwikkel waarvan die beginsels uitdrukking gee aan volwasse onderrig (Merriam & Brockett, 1997:35-38). Hierdie beginsels sluit die volgende in:

- 'n breë visie van onderrig;
- fokus moet op die student wees en op sy/haar behoeftes en ondervinding, eerder as op voorafbepaalde inhoude;
- wetenskaplike metodologie moet gebruik word waarby probleemoplossings-, aktiwiteit- en 'n ervaringsgebaseerde benadering tot onderrig betrek sal word;

- 'n klemverskuiwing moet plaasvind van die opvoeder as die verskaffer van inligting na die opvoeder as fasiliteerder van leer; en
- onderrig moet 'n instrument wees vir sosiale samesyn en verandering.

Volgens Jarvis (1987:143) word volwasse-onderrig gedefinieer as “the process to bring about learning (not to produce a learning outcome) and is the provision of any situation in which learning occurs”. Onderrig is dus primêr betrokke by die bevordering van leer. Volgens hierdie definisie blyk dit dat leer kan plaasvind sonder die fasiliteerder, maar dat die student 'n essensiële komponent van die opvoedkundige proses is.

Boud en Griffin (1994:222) gee 'n beskrywing van volwasse-leer wat die navorser gehelp het om die konsep te verstaan. Volgens die skrywers word volwasse-leer beïnvloed deur die vier hoof tradisies van volwasse-leer soos in Tabel 4.3 uiteengesit.

TABEL 4.3: Opsomming van die term: Volwasse-leer

	Tegniese benadering tot leer	Selfgerigte leer/ Andragogie	Student-gesentreerde Leer	Kritiese/ Sosiale aksie
Doel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fokus of vaardighede ▪ tegniese uitkyk ▪ alle leer vind plaas volgens 'n spesifieke onderwerp 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unieke doelwitte vir individu ▪ help student om eie doelwitte te bereik ▪ skep 'n klimaat vir leer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ persoonlike behoeftes van student ▪ heg waarde aan elke student ▪ respekteer die denkwys van elke student 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ideologie verskuiwing ▪ fokus op kollektiewe aksie ▪ gevestig in historiese, sosiale en materiële konteks
Metode	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geprogrammeerde leer ▪ tradisionele leer ▪ duidelike leerdoelwitte ▪ ge-analiseerde take ▪ studente word as intelligente masjiene behandel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ leerkontrakte ▪ vryheid as studente ▪ kontraktuele oefening 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ word deur ander ondersteun ▪ nie-direktief ▪ help individue om op hul eie reg te kom 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ help mense om te verander ▪ kritiese denke ▪ integreer teorie en praktyk ▪ verskaf vryheid deur leer
Invloedryke figure	Mager, Davies en Gagne	Knowles	Rogers	Freire

In programme wat gerig is op volwasseleer is dit volgens Knowles (1990 in Quinn, 1991:46) belangrik dat 'n nuwe benadering van leer by tersiêre inrigtings gevolg moet word en 'n andragogiese benadering eerder as die tradisionele pedagogiese benadering word voorgestel.

Leer is dus 'n toename in kennis, die verwerwing van feite en prosedures vir aanwending in die praktyk, die abstraksie van betekenis en die reproduksie daarvan, en 'n interpreteringsproses gerig op die begrip van die werklikheid. Die nuutste literatuur oor volwasse-leer dui daarop dat:

- Leer aktief is en nie die passiewe ontvangs van kennis en vaardighede nie; dit is daarom nie iets wat die fasiliteerder vir die student doen nie (Rogers, 1996:94).
- Leer is persoonlik, individueel; dit is nie 'n kollektiewe aksie nie. In leer is die individu die agent en kan die agent blootgestel word aan die sosiale druk wat deur die groter groep uitgeoefen word (Jarvis, 1996:85; Brookfield 1986 in Rogers, 1996:80).
- Leer is vrywillig, mense doen dit self en is dit nie verpligtend nie (Brookfield 1986 in Cross, 1996:351; Rogers, 1996:77).
- Leer kom met ervaring en is daarom 'n deurlopende proses. Leer vind regdeur 'n mens se lewe plaas (Rogers, 1996:80).

Andragogie is volgens Merriam en Brockett (1997:135-138) 'n benadering wat algemeen in volwasse onderrig gebruik word. Die andragogiese benadering benadruk die sekere aspekte van die volwasse student, naamlik student se selfkonsep, die rol van die student se ondervinding, die student se gereedheid om te leer, en die student se oriëntasie en motivering ten opsigte van leer. Knowles (1980:43-44) noem ses veronderstellings van andragogie wat in gedagte gehou moet word wanneer met volwasse studente gewerk word:

- volwassenes moet weet waarom hulle sekere inligting moet leer, alvorens hulle met die onderrig begin;
- volwassenes het 'n selfkonsep dat hulle verantwoordelik is vir hul eie leer;
- volwassenes neig om meer selfgerig te wees hoe meer volwasse hulle is, alhoewel hulle in sommige situasies nog afhanklik kan wees;
- ervaring is 'n reik bron vir leer. Leer is meer effektief wanneer volwassenes deur ervaringsgerigte tegnieke onderrig word, byvoorbeeld wanneer tegnieke soos besprekings en probleemoplossing gebruik word;
- volwassenes is bewus van spesifieke leerbehoefte wat ontstaan as gevolg van hul werklike lewenssituasie. Volwasse onderrigprogramme moet dus so ontwikkel word dat dit toegepas kan word op die werklike lewenssituasie en volgens die student se gereedheid om te leer; en
- volwassenes verkies onderrig waar hulle hul nuut verworwe bevoegdhede kan toepas op hulle huidige omstandighede.

Die kriteria wat Brookfield (1986:9-39) vir volwasse onderrig gestel het, stem ooreen met Knowles se andragogiese benadering tot volwasse onderrig. Brookfield (1986:26) noem dat Gibb

in 1960 reeds die beginsels vir volwasse onderrig uitgespel het en meld dat onderrig probleem georiënteerd moet wees, onderrig op ervaring gegrond moet word, ervaring betekenisvol vir die student moet wees, die student vry moet wees om na sy eie ervaring te kyk, en die student moet terugvoer kry ten opsigte van hul vordering om hul doel te bereik.

4.4.1.1 Fasilitering vir leer in volwasse studente

Volwassenes het 'n sterk selfkonsep en die keuse om hul eie lewens te bestuur (Maehl, 2000:49). Volwassenes het waardevolle kennis en ervaring wat in die onderrigsituasie gebruik kan word. Krediet moet gegee word aan hierdie kennis en vaardighede wat na die onderrigsituasie gebring word. Baie volwassenes is ook pragmaties in hul onderrig en wil die kennis wat hul verwerf toepas in hul direkte werksituasie (Caffarella, 1994:30; Walkin, 1990:16).

Volgens die inligting weergegee in Tabel 4.3 erken Knowles en Freire (1970 in Jarvis, 1996:154) die aktiewe betrokkenheid van die student in die leersituasie en die fasiliteerder van leer is net 'n bron van leer. Die navorser stem saam met die skrywers dat leer eerder gefasiliteer moet word as wat onderrig plaasvind. Om die proses van fasilitering van leer te bespreek sal die navorser enkele faktore, naamlik vereistes, beginsels en gevolge wat 'n rol speel, bespreek.

4.4.1.2 Vereistes vir fasilitering van leer

Voordat effektiewe leer kan plaasvind, moet sekere faktore teenwoordig wees. Die vereistes vir fasilitering van leer soos in die literatuur geïdentifiseer, word vervolgens bespreek.

- Kwaliteite van die fasiliteerder (omgee en empatie toon) – Volgens Cross (1996:353) sal dit vir 'n fasiliteerder wat omgee en empatie toon teenoor die studente moontlik wees om die regte klimaat te skep sodat leer kan plaasvind. Jarvis (1996:103) ondersteun hierdie siening en beklemtoon die rol van die fasiliteerder as iemand wat 'n etos moet skep waar die volwasse student nie ingeperk moet word of angstig moet wees nie.
- Toegang tot die leersituasie – toegang tot die leersituasie is 'n vanselfsprekende voorvereiste vir leer.
- Motivering en sosiale invloede – die positiewe effek van motivering en die sosiale invloed van ander persone op 'n individu, beïnvloed die behoefte om te leer asook die prestasie van die student (Cross, 1996:353).

Saam met die vereistes vir die fasilitering van leer is daar ook beginsels van leer wat nagekom moet word, alvorens effektiewe leer kan plaasvind en hierdie beginsels word in paragraaf 4.4.1.3 bespreek.

4.4.1.3 Beginsels van fasilitering van leer

’n Uitgebreide literatuurstudie is gedoen vir hierdie navorsing en die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat daar vier beginsels is wat onontbeerlik is vir die fasilitering van leer:

- Fasilitering is ’n proses waartydens intellektueel aktiewe student aan die leerervaring deelneem – volgens Bentley (1996:10) is fasilitering ’n woord wat aktiwiteit beskryf. Dit is iets wat iemand doen en is gevolglik ’n proses. Dit sluit ook nie-aksie in. Bentley (1996:10) is van mening dat die sukses van fasilitering afhang van die mate waartoe die student bemagtig word om self sukses te behaal. Om studente te bemagtig beteken dat die student gehelp word om in hulself te glo en hul eie potensiaal te ontdek.
- Fasilitering heg waarde aan student-beheer en self-gerigtheid – wanneer studente eers bemagtig is om besluite vir hulself te neem, kan die proses nie omgekeer word sodat die fasiliteerder beheer oorneem nie. Fasilitering erken dus en aanvaar dat die groep wat in die leersituasie is van die begin van die program af self beheer sal neem. Volgens (Garrison, 1989:56) word self-gerigtheid verkry deur meer beheer oor die persoon self en die leersituasie te hê. Selfgerigte leer word in die literatuur beskou as ’n onderrigtechniek en het ontstaan uit andragogie. Knowles beskou selfgerigte leer as ’n manifestasie van andragogie en die volwassene word as ’n outonome student gesien (Brookfield, 1986:139). Knowles (1975:18) definieer selfgerigte leer as “a process in which individuals take the initiative, with or without the help of others, in diagnosing their learning needs, formulating learning goals, identifying human and material resources for learning, choosing and implementing appropriate learning strategies, and evaluating learning outcomes”.
- Fasilitering bevestig ’n dinamiese siening van kennis – dit is volgens Candy (1991:253) nie moontlik om na die leersituasie te kyk sonder om na die verwerwing van kennis te kyk nie. Die werk van Freire (1970 in Jarvis, 1996:154) wat ’n konstruktivis is, bevestig die dinamiese siening wat oor die verwerwing van kennis bestaan. Kennis kan nie aangeleer word nie, maar word deur die student opgebou. Leer word gesien as ’n aktiewe proses waartydens kennis opgebou word.
- Fasilitering is nie die beliggaming van verduideliking nie – Bentley (1996:75) erken dat fasilitering die proses is waartydens studente begelei word om hul eie kennis te ontdek, eerder as om iemand anders se kennis hul eie te maak. Freire is ’n voorstaander daarvan dat onderrig studente se gedagtes moet oopmaak tot hoër vlakke van bewuswording eerder as ’n klomp inligting wat op hul gestort word vir toekomsgebruik (Cohn, 1988:5). Die fasiliteerder is dus die persoon wat vrae vra aan die student en hul lei om self te dink, eerder as die persoon wat die antwoorde voorsien aan die student.

4.4.1.4 Gevolge van fasilitering van leer

Wanneer effektiewe fasilitering plaasvind, het dit sekere gevolge. Volgens Brookfield (1986 in Cross, 1996:353) het effektiewe fasilitering van leer plaasgevind as daar vrywillige deelname is in die leersituasie, respek getoon word tussen die deelnemers vir mekaar se selfwaarde, indien daar 'n gees van kritiese refleksie is waar die hoofdoel selfgerigtheid is, en indien die volwassenes bemagtig is.

Die hoofdoel van die opleidingsraamwerk wat deur die huidige navorsing voorgestel word, is dat die fasilitering van leer moet plaasvind en die bogenoemde eienskappe moet reflekteer. Vervolgens word die populasie bespreek.

4.4.1.5 Kenmerke van 'n plattelandse gemeenskap

Die navorsing fokus op die platteland van die Noord-Kaap, aangesien hierdie gemeenskappe voor die grootste uitdagings te staan kom ten opsigte van die lewering van primêre gesondheidsorgdienste. Dit is nie net die uitdagings ten opsigte van die lewering van dienste waarvoor die verpleegkundige op die platteland te staan kom nie, maar daar is ook nog die uitdaging om opleiding te ontvang om die noodsaaklike dienste te lewer. Regoor die wêreld is gevind dat plattelandse areas ooreenstemmende eienskappe het en hierdie eienskappe word nou gedefinieer.

- **Grootte** – Die grootte van die populasie van 'n plattelandse gemeenskap moet bepaal word, aangesien hulpbronne voorsien word volgens die grootte van die populasie (Flora, Flora, Spears, Swanson, Lapping & Weingberg, 1992:7).
- **Isolasie** – 'n Kenmerkende eienskap van die platteland is die geïsoleerdheid daarvan. Tegnologie maak dit egter moontlik om hierdie struikelblok te oorkom (Flora *et al.*, 1992:8).
- **Homogene kulture** – Die persepsie bestaan dat plattelandse gemeenskappe dieselfde kulture deel, maar die literatuur dui daarop dat verskillende kulture binne plattelandse gemeenskappe voorkom (Flora *et al.*, 1992:10).
- **Ekonomiese en sosiale eienskappe** – Die platteland verteenwoordig die landbousektor tot 'n groot mate, waar boerdery as die hoofbron van inkomste gesien word. Hierdie is ook 'n tendens wat besig is om te verander met die toerismebedryf wat uitbrei op veral die platteland van die Noord-Kaap.

Volgens die Plattelandse Ontwikkelingsstrategie van 1995 bestaan daar nie 'n duidelike definisie van die platteland nie en volstaan die navorser by die eienskappe wat ooreenstem met die eienskappe van plattelandse gemeenskappe. In hierdie navorsing is gemeenskappe ingesluit wat aan die eienskappe van die platteland voldoen soos hierbo verduidelik.

4.4.2 Onderrigbenaderings en metodes

Die keuse van 'n onderwysmetode behels ernstige oorweging van die beste manier waarop die studente georganiseer en hanteer kan word om sinvolle ontmoeting tussen die student en die onderrigsituasie te bewerkstellig. Dit is dus 'n keuse met betrekking tot die wyse waarop die opvoeder met die studente in interaksie gaan tree met die doel om die inhoud van die onderrigsituasie te ontsluit. Carl (1995:115) meld dat die metode van onderrig in oorleg met die uitkomst gekies word. Daarom word die vraag gevra watter metode van onderrig die beste is om die betrokke uitkomst te bereik. Daar is 'n noue band tussen die leerervaring, leergeleentheid en onderrigmetodes, en Carl (1995:114) stel hierdie verband as volg: "... by means of instruction and learning actions, in other words actions on the part of the teacher and the learner, a learning opportunity is created for the student also to be personally and actively involved with a view to deriving the most meaningful experience from this involvement". Hoewel programinhoud as die kernaspek in 'n program beskou word, het dit geen betekenis voordat dit deur geskikte metodes en aanbiedingswyses oorgedra word nie.

Die klem val tans op die dosent as die fasiliteerder van onderrig en die student is aktief betrokke in die onderrigsituasie. Die metodes in volwasse onderrig wat hierdie benadering ondersteun, word nou bespreek.

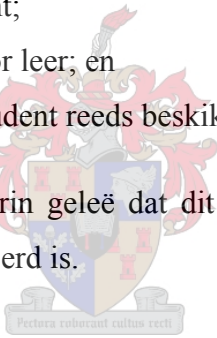
4.4.2.1 Ervaringsleer

Ervaringsleer verwys na die leer wat plaasvind wanneer die student direk betrokke is by die realiteite wat bestudeer word (Evans, 2000:18). Ervaringsleer is volgens Mellish *et al.* (1998:98) fundamenteel vir professionele ontwikkeling en werkgebaseerde leer. Om ervaringsleer te definieer is moeilik aangesien geen eenstemmigheid in die literatuur gevind kan word nie. Om hierdie konsep beter te verstaan, stem die navorser saam met Mellish *et al.* (1998:98) dat die komponente van ervaringsleer eerder verduidelik moet word. Die vier komponente van ervaringsleer waaroor daar wel eenstemmigheid is, is die ervaring, refleksie, aksie en die hersiening van die ervaring. In ervaringsleer moet daar dus 'n ervaring wees wat kennis en vaardighede insluit. Hierdie ervarings kan volgens Mellish *et al.* (1998:98) die waarneming van insidente wees, bywoning van klasse, of onderneming van veldritte. Tydens die refleksiefase kry die student die geleentheid om individueel of in 'n groep ten opsigte van die ervaring te reflekteer. Indien refleksie nie plaasvind nie, sal leer nie plaasvind nie. Die student kry dus die geleentheid om oor die ervaring te dink, te besin en die ervaring te bespreek. Aksie is die proses waartydens die student die geleentheid kry om die kennis en vaardighede wat hy/sy opgedoen het, te beoefen.

Burnard (1991:189) het navorsing gedoen ten opsigte van ervaringsleer onder verpleegkundiges en het die volgende onderrigmetodes geïdentifiseer wat die meeste in opleiding van verpleegkundiges gebruik word: kleingroepbesprekings, rolspel, hou van 'n dagboek, probleemoplossingsaktiwiteite, inoefening van kliniese vaardighede, en simulase. In bestaande opleidingsprogramme van kliniese verpleegpraktisyns word van ervaringsleer gebruik gemaak, waar leer plaasvind deur middel van verskeie aktiwiteite wat plaasvind in 'n klassituasie, praktiese ondervinding en simulase. Dit verbind dus volgens Cantor (1995:1) die klaskamersituasie met die kliniese leerervaring in die gemeenskap. Ervaringsleer word net soos in ander gevalle van leer ook beïnvloed deur die:

- situasie van die student, of aspekte wat die leerervaring beïnvloed, naamlik die werksituasie van die student, toegang tot tegnologie, familieverpligtinge en die geografiese ligging van die student en die opleidingsinstansie;
- leerdoelwitte wat vir die program saamgestel is; en
- disposisie van die student wat die profielkenmerke van die student insluit, naamlik:
 - die kennisprofiel van die student;
 - die houding van student teenoor leer; en
 - die vaardighede waaroor die student reeds beskik.

Die voordele van ervaringsleer is daarin geleë dat dit aktiewe betrokkenheid van die student bewerkstellig en dat dit studentgesentreerd is.



4.4.2.2 Reflektiewe leer

Reflektiewe leer is in wese 'n komponent van ervaringsleer. Die student kan tydens die ervaring, of na afloop van die ervaring, reflekteer. Volgens Brookfield (1995:3) fokus reflektiewe leer op drie interverwante prosesse, naamlik:

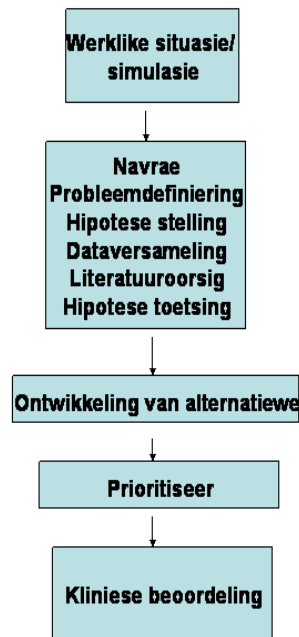
- volwassenes bevraagteken en herfraseer veronderstellings wat as algemene kennis aanvaar word;
- volwassenes het alternatiewe perspektiewe oor idees wat as vanselfsprekend aanvaar word; en
- volwassenes herken die leidende aspekte van dominante kulturele waardes.

Volwassenes moet dus die geleentheid gebied word om oppervlakkige betekenis van ervarings binne te dring en die onderliggende belang van 'n situasie te ondersoek. Refleksie kan in groepsverband of individueel plaasvind. Die dosent fasiliteer die proses deur 'n reeks vrae te vra en neem sodoende die studente deur 'n proses van sistematiese analise (Mellish *et al.*, 1998:99). Hierdie benadering is dus ook studentegesentreerd en die studente is aktief betrokke by die

onderrigsituasie. Onderrigbenaderings wat bevorderlik is vir reflektiewe onderrig is probleemgebaseerde aktiwiteite, projekte, simulاسie en rollespel (Jacobs *et al.*, 2004).

4.4.2.3 Probleemgebaseerde onderrig

Die voordele wat probleemgebaseerde onderrig vir leer inhou het daartoe aanleiding gegee dat hierdie benadering al hoe meer gebruik word in hoër onderwysinstellings in Suid-Afrika. Probleemgebaseerde onderrig fokus nie net op die inhoud van die program wat bemeester moet word nie, maar ook op die proses van leer. Die WGO definieer probleemgebaseerde onderrig as “a process whereby a student learns by utilising a problem as a stimulus to discover the information needed to understand the problem and hasten the solution” (Mellish *et al.*, 1998:99). Hierdie benadering is ook studentgesentreerd en moedig interdisiplinêre onderrig in Gesondheidswetenskappe aan (Uys & Gwele, 2005:135). In verpleegonderrig word hierdie benadering wêreldwyd gebruik en moedig dit nie net aktiewe deelname van die student aan nie, maar word van die dosent verwag om die probleemoplossingsvaardighede van studente tydens die onderrigsituasie te ontwikkel. In Figuur 4.1 word die metode van probleemgebaseerde onderrig in verpleegkunde skematies voorgestel. Verpleegkundestudente kry ’n werklike of gesimuleerde situasie wat deur die dosent beskikbaar gestel word. Van die studente word verwag om deur middel van ’n literatuurstudie met oplossings vir die probleemsituasie na die klas terug te keer. Studente ontwikkel self oplossings vir die probleme en moet self besluit wat die mees geskikte hantering van die pasiënt se probleem is. Die hantering moet volgens wetenskaplike metodes geskied. Soos reeds genoem is hierdie ’n benadering wat al hoe meer in hoër onderwys gebruik word. Probleemgebaseerde onderrig het egter ook toepassingswaarde in verpleegonderrig. Die benadering onderskryf ’n studentgesentreerde opleidingsraamwerk, deurdat studente met hierdie onderrigmetode die geleentheid kry om werklike of gesimuleerde gevallestudies te bespreek en op te los.



FIGUUR 4.1: Skematiese voorstelling van probleemgebaseerde onderrig in Verpleegkunde

Die navorser het in hierdie navorsing Mellish *et al.* (1998) en Uys en Gwele (2005) as primêre bronne gebruik met verwysing na die ontwikkeling van programme in verpleegkunde, aangesien hierdie skrywers die leiers is in die ontwikkeling van verpleegkunde programme in Suid-Afrika.

Verpleegkunde is 'n beroep wat spesifiek met gemeenskappe werk en daarom is dit vir die navorser belangrik om ook die belang van gemeenskapsgebaseerde onderrig te bespreek.

4.4.2.4 Gemeenskapsgebaseerde onderrig

Gemeenskapsgebaseerde onderrig is die aanwending van onderrigaktiwiteite wat die gemeenskap betrek om 'n onderrigomgewing te skep. Die student, dosent en lede van die gemeenskap is aktief betrokke gedurende hierdie onderrigervaring. Volgens die WGO (1987:8) kan gemeenskapsgebaseerde onderrig uitgevoer word op enige plek waar mense leef, m.a.w. dit kan op die platteland of in stedelike gebiede plaasvind. Gemeenskapsgebaseerde onderrig fokus op die behoeftes van die gemeenskap en dit is belangrik dat die gemeenskap deurentyd betrokke moet wees tydens die onderrigproses. Gemeenskapsgebaseerde aktiwiteite moet regdeur die kurrikulum plaasvind en nie net gedurende 'n spesifieke studiejaar nie. Gesprekvoering tussen die navorser en dosente van die Universiteit van die Vrystaat wat van gemeenskapsgebaseerde onderrig gebruik maak, het aangedui dat hierdie benadering hoë kostes inhou vir die opleidingsinstansies, aangesien studente vervoer moet word na die verskillende gemeenskapsgesondheidsorgsentrum. Die tendens heers steeds in Suid-Afrika om studente

eerder in hospitale te plaas vir kliniese leergeleenthede wat kritiek ontlok teenoor opleidingsprogramme van veral voorgraadse studente wat hoofsaaklik hospitaalgesentreerd is (Strasser, 1999:7). Gemeenskapsgebaseerde onderrig is volgens Uys en Gwele (2005:171) “defined differently by a number of authors and sometimes is used interchangeably with a number of other terms, such as community-oriented education, population-based education, or service learning”.

4.4.2.5 Uitkomsgebaseerde onderrig

Uitkomsgebaseerde onderrig is volgens Jacobs *et al.* (2004:57) ’n benadering in onderrig en leer wat fokus op studentuitkomste eerder as die insette van die dosent in die program. Uitkomsgebaseerde onderrig het sy oorsprong in die VSA toe Johnson, ’n kurrikulum spesialis, die behoefte geïdentifiseer het aan onderrig wat fokus op die student se vordering (Jacobs *et al.*, 2004).

Suid-Afrika het ’n unieke uitkomsgebaseerde onderrigsisteem wat terminologie gebruik wat nie in ander lande gevind word nie en wat deur Suid-Afrikaners vir Suid-Afrikaners ontwikkel is. Terme soos doelwitte en doelstellings is vervang met uitkomste, en evaluering is vervang met assessering om meer verteenwoordigend te wees van ’n studentgesentreerde benadering. Die komponente van ’n uitkomsgebaseerde onderrigsisteem bestaan volgens Jacobs *et al.* (2004:63) uit:

- **Uitkomste** – demonstrasies wat deur studente uitgevoer word om te bewys dat leer effektief plaasgevind het.
- **Konteks** – dui op die omstandighede, toestand, geografiese ligging en agtergrond van die student. Die uitkomste word bereik binne ’n spesifieke konteks en dit is daarom belangrik om te bepaal binne watter konteks leer gaan plaasvind wanneer ’n kurrikulum ontwerp word. Eksterne faktore soos politieke veranderinge en die behoefte om kennis te ontwikkel bepaal die konteks waarbinne ’n program ontwikkel moet word. Interne faktore soos die studente se ouderdom, behoeftes en vermoëns en die dosent se waardes, oortuigings en ondervinding het ook ’n effek op die konteks. Beskikbare fasiliteite en hulpbronne is ander interne faktore wat ’n rol speel in die konteks waarbinne onderrig en leer plaasvind.
- **Leerinhoud** – dit sluit in wat geleer moet word in die program.
- **Strategieë** – verwys na die onderrig-leer aksies wat ontwerp word deur die dosent om studente te help om die voorgeskrewe uitkomste te bereik. Dit sluit leerinhoud, onderrigmetodes, studentaktiwiteite en die metode van aanbieding in.
- **Assessering** – sluit ’n reeks take in wat ontwerp is om die studente se bevoegdheid te bepaal.

Uit die literatuur blyk dit dat 'n kurrikulum uitkomsgebaseerd is wanneer dit studentgesentreerd is, resultaat-georiënteerd is en wanneer dit so ontwikkel is dat dit leer vir enige individu moontlik maak. Die nuutste benaderings wat tans in Suid-Afrika in hoër onderwys en veral in verpleegkunde gebruik word, is bespreek en dit blyk asof studentgesentreerde onderrig die hoogste aangeskryf word. In Tabel 4.4 word die verskillende onderrigmetodes opgesom en skematies voorgestel.

TABEL 4.4: Opsomming van onderrigmetodes volgens Jarvis (1995:114)

Opvoeder-gesentreerde metodes	Studentgesentreerde groepmetodes	Individuele student-gesentreerde metodes
<ul style="list-style-type: none"> ■ Demonstrasie ■ Begeleide bespreking ■ Beheerde bespreking ■ Lesing bespreking ■ Lesing ■ Tutoriaal 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dinkskrum ■ Gonsgroepe ■ Debatte ■ Visbak ■ Groepbesprekings ■ Onderhoude ■ Luister en waarneming ■ Paneel ■ Projekte en gevallestudies ■ Rollespel, simulاسie en spel ■ Seminaar ■ Terapiegroepe ■ Besoeke, toere en veldritte ■ Werkswinkels 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Werkstukke ■ Rekenaargestesteunde onderrig ■ Kontrakte ■ Ervaringsleer ■ Persoonlike sisteem van onderrig ■ Praktika ■ Persoonlike tutoriaal ■ Selfgerigte leer

Jarvis (1995:114) onderskei tussen drie verskillende tipes onderrigmetodes vir volwassenes, naamlik opvoeder-gesentreerde metodes, studentgesentreerde groepmetodes en individuele studentgesentreerde onderrigmetodes. Die metodes moet kreatief en tot die voordeel van die student geïmplementeer word en die student moet deurentyd by die leergebeure betrokke wees.

Die huidige beklemtoning van selfwerkzaamheid en studentgesentreerdheid in die onderrigsituasie maak die implementering van studentgesentreerde groepmetodes en individuele studentgesentreerde onderrigmetodes noodsaaklik. Die onderrigmetodes wat in kolom 2 en 3 van Tabel 4.3 opgesom is, word hoofsaaklik in studentgesentreerde onderrig gebruik en word ook in hierdie navorsing bespreek.

- **Dinkskrum** - is 'n groepmeganisme om kreatiewe denke te stimuleer. Dit kan in isolasie of as een moment van 'n breër probleemoplossingstrategie benut word. Die hoofdoel van 'n dinkskrum is die generering van 'n groot aantal moontlike oplossings vir 'n bepaalde probleem, in 'n beperkte tyd. Volgens Jarvis (1995:123) is 'n dinkskrum 'n intensiewe bespreking waartydens 'n aantal idees geformuleer word, of waartydens potensiële oplossings vir probleme bespreek word. Alle insette van die deelnemers word oor neergeskryf en geen

individuele insette mag gekritiseer word nie. Aan die einde van die ooreengekome periode word alle insette geëvalueer totdat konsensus bereik word ten opsigte van die oplossing van probleme onder bespreking. Die oplossings word sonder verdere bespreking deur een van die groeplede aangeteken, verkieslik op so 'n wyse dat al die spanlede dit kan sien. Hierdie benadering dra by tot die ontwikkeling van kreatiewe denke ten opsigte van besluitneming en probleemoplossing by volwasse studente. Kreatiewe denke word bevorder wanneer studente nuwe idees en antwoorde moet genereer.

- **Gonsgroepe** - is die eenvoudigste vorm van groepswerkmetodes. Geen formele groepeerdeling word deur die opvoeder gedoen nie. Studente verdeel volgens eie keuse in groepe van vier tot ses lede. Groepe kan met die minimum fisiese verskuiwing en tydsverlies gevorm word deur die studente net te versoek om na mekaar te draai. Gonsgroepe is dus ook moontlik in klasse met groot studentetalle. Om gesprek te bevorder, behoort die studente oogkontak met mekaar te hê. Daar blyk baie ooreenkomste tussen 'n dinkskrum en 'n gonsgroep te wees. Gonsgroepe is egter kleiner as dinkskrums en word vir 'n korter periode in die klaskamer gebruik. Kleiner groepe het ten doel om alle lede in die groep betrokke te kry tydens die bespreking. Gonsgroepe is 'n effektiewe tegniek om te gebruik saam met 'n lesing om refleksie te bevorder en studentkonsentrasie te behou.
- **Debatte** - is 'n meer formele benadering tot onderrig en leer, en 'n benadering wat volgens Jarvis (1995:123) nie dikwels in volwasse onderrig gebruik word nie. Debatte is 'n waardevolle tegniek om te gebruik waar studente uiteenlopende standpunte huldig en die geleentheid kry om verskillende opinies te analiseer en ondersoek.
- **Visbak** - Die doel van hierdie metode is om soveel as moontlik lede in 'n groep te kry om deel te neem aan die gespreksvoering. Die lokaal moet groot genoeg wees om 'n sirkel met stoele te vorm en moet ongeveer 20 studente kan akkommodeer. 'n Binne-sirkel word gevorm en die lede wat gaan deelneem aan die gesprek word in die binne-sirkel geplaas. Die groeplede wat in die buite-sirkel sit mag nie deelneem aan die gespreksvoering nie. Wanneer lede van die buite-sirkel wil deelneem aan die gesprek moet hulle lede van die binne-sirkel vervang deur op hul skouer te druk en hul sitplek in te neem. Daar word nie 'n beperking geplaas op die aantal uitruilings wat plaasvind nie.
- **Groepbesprekings** - is een van die onderrigmetodes wat die meeste in volwasse onderrig gebruik word. Volgens Jarvis (1995:125) moet groepbesprekings aan die volgende kriteria voldoen:
 - die onderwerp moet al die lede van die groep interesseer;
 - dit moet vir al die lede in die groep moontlik wees om inligting te bekom om 'n sinvolle gesprek te kan voer;

- die onderwerp onder bespreking moet goed gedefinieer wees; en
- moet ruimte laat vir alternatiewe standpunte.

Sterkpunte van groepbesprekings sluit in dat studente aangemoedig word om verantwoordelikheid vir hulle eie leer te aanvaar, dit ondersteun individue om in 'n span saam te werk en dit help individue om selfvertroue te ontwikkel.

- **Onderhoude** - hierdie tegniek maak gebruik van 'n bron-persoon waarmee onderhoude gevoer word. Die onderwerp en vrae word soms voor die tyd voorberei en die onderhoudvoerder moet die antwoorde van die bron-persoon verkry. Die vrae word dikwels voor die tyd aan die bron-persoon gegee om die sessie relevant tot die belang en behoeftes van die studente te maak. Die voordele van hierdie tegniek is daarin opgesluit dat dit die bron-persoon help om inligting te kommunikeer sonder om 'n formele lesing te gee en dat minder dominerende studente die geleentheid kry om hulle vrae op skrif in te handig.
- **Luister en waarneming** - hierdie groeptegniek is ontwikkel om aktiewe luister en observasie te bevorder tydens 'n lesing of video. Elke lid in die groep kry 'n spesifieke taak tydens die lesing en na afloop van die lesing kom die lede bymekaar in 'n beplanningsessie om hulle taak/opdrag te verduidelik. Die nadeel van hierdie tegniek is dat lede so konsentreer op die taak wat hulle opgelê is, dat hulle ander belangrike aspekte tydens die lesing kan mis.
- **Paneelbesprekings** - soos met onderhoude word daar ook tydens die paneelbespreking van kundiges gebruik gemaak wat deelneem aan die gesprekvoering. Elke lid op die paneel kry die geleentheid om 'n kort inleiding aan die begin van die gesprek te gee. Dit word gevolg deur die stel van vrae en gee van antwoorde deur die hele paneel. Die paneellede bespreek die onderwerp hardop en die res van die klas luister na die gesprekvoering. Die klas kry dan ook die geleentheid om vrae te stel. Paneelbesprekings word gebruik om verskeie standpunte oor 'n onderwerp te lig en om 'n breër prentjie van die onderwerp te skets.
- **Projekte en gevallestudies** - projekte en gevallestudies word dikwels in volwasse onderrig gebruik. Tydens projekte versamel leerders waardevolle inligting omtrent 'n spesifieke dissipline en moet hierdie inligting aktief gebruik word. Hierdie leeraktiwiteit kan individueel of in spanverband aangepak word en vakgerig of interdisiplinêr georganiseer word. Projekte loop gewoonlik uit op of 'n geskrewe produk of 'n aanbieding. Gevallestudies word algemeen in die opleiding in bepaalde kennisgebiede (soos gesondheidswetenskappe, regte en handel) aangewend. Dit word veral aangewend om die begrip vir komplekse werklikheidsprobleme te ontwikkel, die probleme te analiseer of om die prosesse van probleemoplossing en besluitneming te bemeester. 'n Situatie uit die lewenswerklikheid met

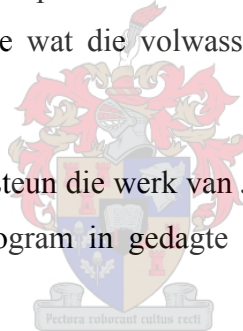
'n besprekingswaardige en kenmerkende probleem word in sy kompleksiteit en so objektief moontlik gestel of beskryf.

- **Rollespel, simulاسie en spel** - 'n gesimuleerde werklikheidsituاسie word in die klaskamer geskep om die student deur selfdoen of spel aktief te betrek by die hipotetiese werklikheidsprobleme of -uitdagings waarvoor daar oplossings of antwoorde gesoek moet word. Die werklikheid word dus tot 'n hanteerbare vorm gereduseer deurdat dit gestroop word van komplekse aspekte en slegs dié essensies wat nodig is om die leeruitkomste te bereik, aan die studente bekendgestel word. Studente ontvang agtergrondmateriaal en word dan met 'n enkele of 'n reeks probleeminsidente van die werklike situاسie gekonfronteer.
- **Seminare** - tydens 'n seminaar word 'n inleidende stelling gemaak deur 'n student of groep studente en vorm dit die basis van die groepbespreking wat daarop volg. Hierdie onderrigmetode het al die voordele en nadele van 'n formele lesing, maar dra by tot aktiewe leer wat plaasvind by die aanbieder van die onderwerp en passiewe leer by die res van die groep wat die voordrag aanhoor.
- **Terapiegroepe** - word gebruik om studente interpersoonlike vaardighede aan te leer deur middel van terapeutiese groeptegnieke. Individue kry die geleentheid om hul verhouding met die res van die groep te deel. Terapiegroepe word tipies in professionele opleiding gebruik waar studente met ander lede van die beroep moet saamwerk. Studente kry die geleentheid om onderhoude met pasiënte te voer en word deur middel van tweerigting klas observeer. Na afloop van die onderhoude kry die studente terugvoer vanaf die observeerders en sodoende word kommunikasie en interpersoonlike vaardighede bemeester.
- **Besoeke, toere en veldritte** - volwasse onderrig het 'n geskiedenis van studente wat studietoere onderneem of op veldtoere gaan om persoonlike ervaring tydens die leersituاسie te bewerkstellig. Hierdie tegniek kan ook in groepe aangepak word en groepskohesie kan bevorder word. Hierdie is 'n metode wat baie duur en nie altyd moontlik is nie, aangesien volwasse studente beroepe beoefen en beperkte studieverlof het.
- **Werkswinkels** - werkswinkels stem baie ooreen met die benadering van projekte en gevallestudies. Met hierdie benadering word studente aangemoedig om teorie in die praktyk toe te pas in hul veld van belangstelling of in hul beroep. Studente kan individueel of in groepe saamwerk en verantwoordelikheid neem vir 'n spesifieke onderwerp.
- **Werkstukke** - werkstukke word algemeen gebruik in programme vir onderrig en leer, en sluit dit die skryf van opstelle, gevallestudies en navorsingprojekte in.
- **Rekenaargesteunde onderrig** - volgens Meyer (2000:1) is die gebruik van multi-media in die opleiding van verpleegkundiges in Suid-Afrika algemene gebruik en word die gebruik van rekenaars hierby ingesluit. Die gebruik van rekenaars tydens assessering in

verpleegkunde word nog min gebruik en Meyer (2001:1) voer die rekenaarongeleterdheid van dosente en stadige ontwikkeling van dosente ten opsigte van tegnologie as redes aan.

- **Kontrakte** - is 'n skriftelike ooreenkoms tussen die student en die opvoeder waarin die student onderneem om 'n reeks take of aktiwiteite teen 'n bepaalde datum en op 'n bepaalde standaard af te handel. Die kontrak bied 'n duidelike uiteensetting van die oorhoofse doelstellings, spesifieke doelwitte, onderskeie aktiwiteite of take, bronne wat geraadpleeg moet word, die wyse waarop die produk aangebied moet word en die opvolgwerk wat na die afhandeling gedoen moet word. Hierdie benadering erken dat die leer 'n individuele proses is en dat studente verskillende ervarings en motivering het, en dat die klassituasie om hierdie redes nie altyd so effektief is vir die volwasse student nie.
- **Praktika** - in baie beroepe is dit die gebruik dat die student praktiese vaardighede moet bemeester deur die opvoeder se demonstrasies na te boots en in te oefen. Die neiging het daarna ontstaan dat studente eerder in die praktiese situasie onder leiding van 'n mentor die vaardighede inoefen.
- **Persoonlike tutoriaal** - tydens die persoonlike tutoriaal is die opvoeder die respondent wat reageer op die vrae en probleme wat die volwasse student ervaar met betrekking tot die inhoud wat die student bestudeer.

Gravett en Geyser (2004:150) ondersteun die werk van Jarvis (1995:114) en lig belangrike punte uit wat die ontwikkelaar van 'n program in gedagte moet hou wanneer op onderrigmetodes besluit word:



- onderrig is 'n aktiewe proses waarby die student betrokke moet wees;
- effektiewe leer vind plaas wanneer die student aktief betrokke is in die onderrigproses en verstaan wat geleer moet word;
- verskille in studente se individuele doelwitte, waardes, oortuigings en motivering beïnvloed leer;
- onmiddellike versterking van konsepte bevorder leer – kognitiewe terugvoer is meer effektief indien die tydsduur van terugvoer tot die minimum beperk word;
- hoe groter die verskeidenheid van leerervarings wat aan die student gebied word, hoe groter is die kans dat die student nuut verworwe kennis binne 'n nuwe konteks sal kan toepas; en
- alle leer is veeldoelig – alhoewel die fokus geplaas word op die bereiking van spesifieke uitkomst, kan ander vorme van leer gelyktydig plaasvind.

Onderrigmetodes word dus geselekteer om te verseker dat die uitkomst wat gestel is, bereik word en dat effektiewe leer plaasvind. Dit is egter noodsaaklik om te bepaal watter vordering

daar gemaak word in die leerproses en of daar enige suksesse is, daarom moet assessering deel uitmaak van 'n opleidingsraamwerk.

4.3.3 Assessering

Volgens Malan (1997:11) word assessering globaal gesien as 'n proses waarvolgens die kwaliteit van 'n student se vordering gemeet, opgeskryf en gerapporteer word. Die student se vordering word gemeet teenoor voorafbepaalde standaarde. De Corte, Geerligs, Lagerweij, Peters en Van den Berg (1981:325) beskou die doel van assessering as bydraend tot die verandering en verbetering van die onderrig- en leerproses. Die uiteindelijke doel is om die onderrig- en leerproses te verbeter. Pratt (1994:105-106) noem egter die volgende as die hoofdoelstellings van assessering. Dit is 'n integrale deel van onderrig, met die doel om terugvoer omtrent sukses van die leer wat plaasgevind het te bepaal. Assessering poog om studente se selfkonsep asook hulle gevoel van bevoegdheid te verhoog, hulle benadering tot leer te beïnvloed en besluite omtrent die student te rig. Die doel van assessering in verpleegkunde is volgens Mellish *et al.* (1998: 227) om:

- te bepaal of die student bevoeg is om onafhanklike sowel as afhanklike take oordeelkundig te kan uitvoer;
- te bepaal watter vordering die student maak ten opsigte van die uitkomst wat bereik moet word;
- aan die dosent 'n aanduiding te gee van die effektiwiteit van hul onderrig; en
- opvoedkundige uitkomst te herdefinieer of te verhelder.

Assessering word as een van die noodsaaklike elemente van onderrig beskou en, tesame met die stel van uitkomst en die onderrigproses opsigself, vorm dit die ruggraat van onderrig (Cangelosi, 1990:13; Hopkins & Antes, 1990:143; Mehrens & Lehman, 1991:56). Die veranderende omstandighede en nuwe benaderings tot onderrig en die onderrigproses in Suid-Afrika noodsaak 'n heroorweging van bestaande onderrigmetodes asook assesseringsmetodes. Omdat assessering 'n sentrale rol in die onderrigproses speel en verreikende gevolge vir studente het, is hoë standaarde ten opsigte van assesseringsmetodes, 'n voorvereiste. Die instrument wat gebruik word om die nodige inligting oor veral die student se vordering en prestasie in te win, moet geldig, betroubaar en genoegsaam toepaslik wees vir die doel (Cangelosi, 1990:13). Volgens opvoedkundiges aan die Fakulteit Opvoedkunde by die Universiteit van Stellenbosch is daar 'n verskil tussen die terme meting, assessering en evaluering (Bitzer & Kapp, 2006). Volgens die fasiliteerders van die werkswinkel word *evaluering* gebruik om te bewys dat 'n student 'n sekere standaard bereik het. Dit is dus die eindproduk wat geëvalueer word, byvoorbeeld die finale evaluering van 'n tesis, waartydens 'n persentasie toegeken word.

Assessering is 'n manier waartydens bepaal word wat 'n student weet. Assessering kan formatief of deurlopend wees, of summatief wat volg op formatiewe assessering. Formatiewe assessering het ten doel om terugvoer aan die student te gee, sodat die eindproduk kan verbeter. Tydens die begeleiding van studente word formatiewe assessering gedoen op verslae en gevallestudies wat ingehandig word, en kry die student skriftelike terugvoer. *Meting* is 'n proses waartydens observasie en toetsing gebruik word om die karaktertrekke te bepaal van spesifieke entiteite en dan 'n telling daarteenoor aan te dui (Bitzer & Kapp, 2006). Meting kan dus bydra tot assessering.

Bestaande assesseringspraktyke wat gebruik word in kliniese verpleegkunde, het soos reeds genoem volgens Mellish *et al.* (1998:254) 'n aantal ernstige gebreke, naamlik:

- geskrewe metingsprosedures is grootliks ingestel op die assessering van studente se kognitiewe vaardighede, ten koste van die affektiewe en psigomotoriese vaardighede;
- 'n skriftelike eksamen kan 'n groot agterstand skep vir studente wat nie vaardig met die verwoording van hul kennis, begrip en vaardighede is as ander studente nie;
- die uiterste spanning waarmee skriftelike eksamens gewoonlik gepaard gaan, verhoed studente dikwels om vrae doeltreffend te beantwoord en op hul beste te presteer; en
- teenstrydighede kan ontstaan wanneer studente wat nie werklik 'n goeie begrip van die hele leerplan het nie, wel in die eksamen slaag bloot op grond van “papegaaileer” en die feit dat die regte vrae vooraf geraai is, maar studente met 'n beter begrip van die werk druipe omdat hulle nie die regte vrae voorberei het nie.

Assessering is noodsaaklik om te bepaal of die gestelde doelstellings bereik is en deurlopende assessering kan bepaal hoe suksesvol die ontwerp en die leerproses was.

4.4.3.1 Voorwaardes en beginsels van assessering

Pratt (1994:102) stel 'n produktiewe leeromgewing as voorwaarde vir assessering. Binne hierdie omgewing sal die studente en dosente geleenthede hê vir eksperimentering, om vrae te vra, te bespreek, te dink, te reflekteer en te luister. Sulke omgewings word gekenmerk deur 'n verskeidenheid vorme van terugvoer. Ander voorwaardes vir assessering sluit in die vasstel van doelwitte en die benutting van doeltreffende tegnieke. Verpleegkunde-onderrig as deel van hoër onderwys, beklemtoon die verwerwing van meetbare kennis van studente en ook die toepassing van kennis op die gesondheid van unieke wesen, die mens. Mense reageer op verskillende wyses, fisies en psigologies ten opsigte van siekte, behandeling en medikasie, en die verpleegkundige word geëvalueer op die omvattende versorging en hantering van pasiënte. Die

dosent wat verantwoordelik is vir assessering moet seker maak dat die assesseringsproses aan die volgende beginsels voldoen:

- die assesseringstrategie moet studentgesentreerd wees. 'n Studentgesentreerde benadering fokus op die ontwikkeling van die sterkpunte van elke student en help om 'n gevoel van waardigheid, identiteit, selfrespek en bevoegdheid te skep;
- die assesseringstrategie moet ondersteunend wees. Assessering deur die opvoeder word aangebied in 'n omgewing wat 'n gevoel van aanvaarding skep en die verskaffing van bystand solank as wat dit benodig word;
- assessering moet 'n gevoel van hoop skep, ondersteuning van die student se funksionele kapasiteit en selfrespek in ag neem en 'n gevoel van hoop gee;
- die effektiwiteit van assessering is gebaseer op 'n gedetailleerde beskrywing van wat geassesseer is. Vir die student moet daar 'n duidelike aanduiding wees van wat die assesseringverwagtinge is;
- assesseringstegnieke word dikwels gekies op grond van objektiwiteit, akkuraatheid en gerieflikheid. Alhoewel belangrik, moet dit nie die eerste prioriteit wees nie. Die belangrikste kriterium is dat 'n assesseringstegniek assesser wat dit behoort te assesser;
- verskeie tegnieke moet gebruik word in assessering. Geen enkele assesseringstegniek kan alle vorme van leer en onderrig evalueer nie;
- die korrekte gebruik van assesseringstegnieke vereis 'n bewustheid van elkeen se eie beperkinge;
- die assesseringstegniek moet deursigtig wees. Deursigtigheid in assessering beteken dat studente verstaan waarom hulle geassesseer word, hoe hulle uiteindelik geassesseer sal word en, indien hulle onsuksesvol was, waarom hulle onsuksesvol was. Die taak van deursigtigheid is om misterie uit die assesseringsproses te neem; en
- assessering moet regverdig wees. Daar moet gelyke geleentheid wees vir sukses, ongeag die student se geslag, kultuur, taal, fisiese of ander gebreke.

Verpleegkunde-onderrig beklemtoon 'n sensitiewe leeromgewing vir assessering, waarbinne studente bereid sal wees om hulle eie analise en interpretasie van die gezondheidstatus van die pasiënt weer te gee. Dit is essensieel dat die dosent bewus sal wees van verskillende assesseringsvorme waaruit hy/sy 'n keuse kan maak.

4.4.3.2 Assesseringsvorme

Verloop en Van der Schoot (1995:253) definieer assessering as 'n geïntegreerde deel van die onderrigleerproses. Assessering is 'n deurlopende proses en poog om te bepaal in watter mate

leer by die studente plaasgevind het en hoe suksesvol die ontwerp was. Verskeie assesseringswyses of -vorme bestaan en word kortliks beskryf.

i. Summatiewe assessering

Summatiewe assessering dui 'n opsommende assessering aan wat die einde van die onderrigleerproses plaasvind en vergelyk kan word met produkassessering (Carl, Volschenk, Franken, Ehlers, Kotze, Louw & Van der Merwe, 1988:56). Pratt (1994:109) beskryf dit as assessering wat inligting verskaf omtrent die student se bekwaamheid. Summatiewe assessering bepaal dus die resultate van onderrig en maak 'n gedifferensieerde beoordeling. Mellish *et al.* (1998:224) beskou summatiewe assessering as die assessering wat plaasvind aan die einde van 'n student se program om vas te stel of die student oor die vermoë beskik om op 'n veilige vlak te verpleeg en die pasiënt te versorg. Tydens summatiewe assessering word 'n finale oordeel oor die student se vordering gevorm en dit kan aan die einde van 'n akademiese jaar plaasvind, na voltooiing van 'n module.

ii. Formatiewe assessering

Formatiewe assessering is deurlopende assessering wat in die loop van die onderrigleerproses plaasvind, byvoorbeeld nadat 'n doelwit bereik is. De Corte *et al.* (1981:353) beskryf dit as die assessering van die ontwikkelingsfase van die student, om sodoende veranderinge en aanpassings te kan aanbring. Pratt (1994:109) sluit by hierby aan en noem dat formatiewe assessering inligting verskaf oor die student se verandering en vordering. Boeije (1991:162) beskryf formatiewe assessering as die versameling van tussentydse inligting oor die verloop van onderrig en beskou dit as diagnostiese toetsing. Volgens Mellish *et al.* (1998:224) is formatiewe assessering die proses waartydens die student se vordering ondersoek word en gemeet word teenoor die standaarde en norme wat vir die program gestel is.

'n Ander vorm van assessering wat nie algemeen in Verpleegkunde gebruik word nie, is norm-verwysende assessering. Ter wille van volledigheid word hierdie tipe van assessering, asook kriterium-verwysende assessering bespreek.

iii. Norm-verwysende assessering

Norm-verwysende assessering verwys na 'n groep studente wat geassesseer word en die gemiddelde van uitslae wat hulle bereik. Die studente word dus met mekaar vergelyk. Volgens Boeije *et al.* (1991:161) en Mellish *et al.* (1998:224) word die kriteria waaraan studente moet voldoen, na die tyd bepaal en die toetsresultate word bepaal op grond van die prestasie van die groep.

iv. Kriterium-verwysende assessering

Kriterium-verwysende assessering behels die beoordeling van die student se werk teenoor vasgestelde kriteria, onafhanklik van die ander studente se werk. Boeije *et al.* (1991:161) dui die vooraf-formulering van duidelike kriteria vir prestasie as kenmerk van hierdie tipe assessering aan. Pratt (1994:110) beskou kriterium-verwysende assessering as die proses waartydens elke student kan toon wat hy/sy bereik het en hoeveel sukses hy/sy ervaar het. Hierdie tegniek word wel in verpleegkunde-onderrig gebruik en Mellish *et al.* (1998:224) beskryf dit as 'n belangrike tegniek wat saam met formatiewe assessering gebruik kan word.

v. Vooraf-assessering

Volgens Carl (1995:123) is vooraf-assessering essensieel om die voorkennis en vaardighede van studente te bepaal. Dit is die enigste vorm van assessering wat nie tydens of na die leerproses plaasvind nie. Hierdie tegniek word veral in die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns gebruik om die studente se voorkennis van anatomie en fisiologie te bepaal, wat 'n voorvereiste is vir die program.

vi. Kliniese assessering

Hierdie tegniek word gebruik om te bepaal of studente bevoeg is in die praktiese komponent van die program. Kliniese assessering moet volgens Mellish *et al.* (1998:223) deur 'n kundige gedoen word en op 'n deurlopende basis. In die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns vorm die assessering van die kliniese komponent van die program 'n essensiële deel en word verskeie metodes van kliniese assessering gebruik, naamlik die observering deur 'n mentor wat 'n kontrolelys afmerk, 'n gesimuleerde situasie, en maak van video's wat deur die dosent evalueer word. Bestaande tegnieke is baie arbeidsintensief en nie koste-effektief nie. Die navorser sal in hierdie navorsing ondersoek instel na kliniese assesseringstegnieke wat in die behoeftes van die studente voldoen, maar ook meer koste-effektief en minder arbeidsintensief is. (Verwys na 3.3 van hoofstuk 3 waartydens die probleme wat tans in verpleegkunde opleiding ervaar word, bespreek word.)

vii. Uitkomsgebaseerde assessering

Volgens Malan (1997:13) is die sleutelwoord by uitkomsgebaseerde assessering die bewys van die studente dat hulle bevoeg is in die bereiking van uitkomst. Die studente moet die geleentheid kry om hul bevoegdheid te bewys deur gebruik te maak van verskeie assesseringsmetodes. Assessering moet deurlopend plaasvind en nie slegs net aan die einde van die jaar nie (Jacobs *et al.*, 2004).

Kurrikuleerders en opvoeders hoef nie noodwendig altyd net een assesseringsmetode te gebruik nie. Hulle kan verskillende tipes in kombinasie gebruik, afhangende van die doel met

assessering. Die hoofdoel van assessering behels 'n waardebeepaling van die geslaagdheid van onderrig en bepaal dus in watter mate die doelstellings bereik is.

Vervolgens word die konseptuele raamwerk voorgestel wat die produk van die literatuurstudie is ten opsigte van die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyne op die platteland van die Noord-Kaap.

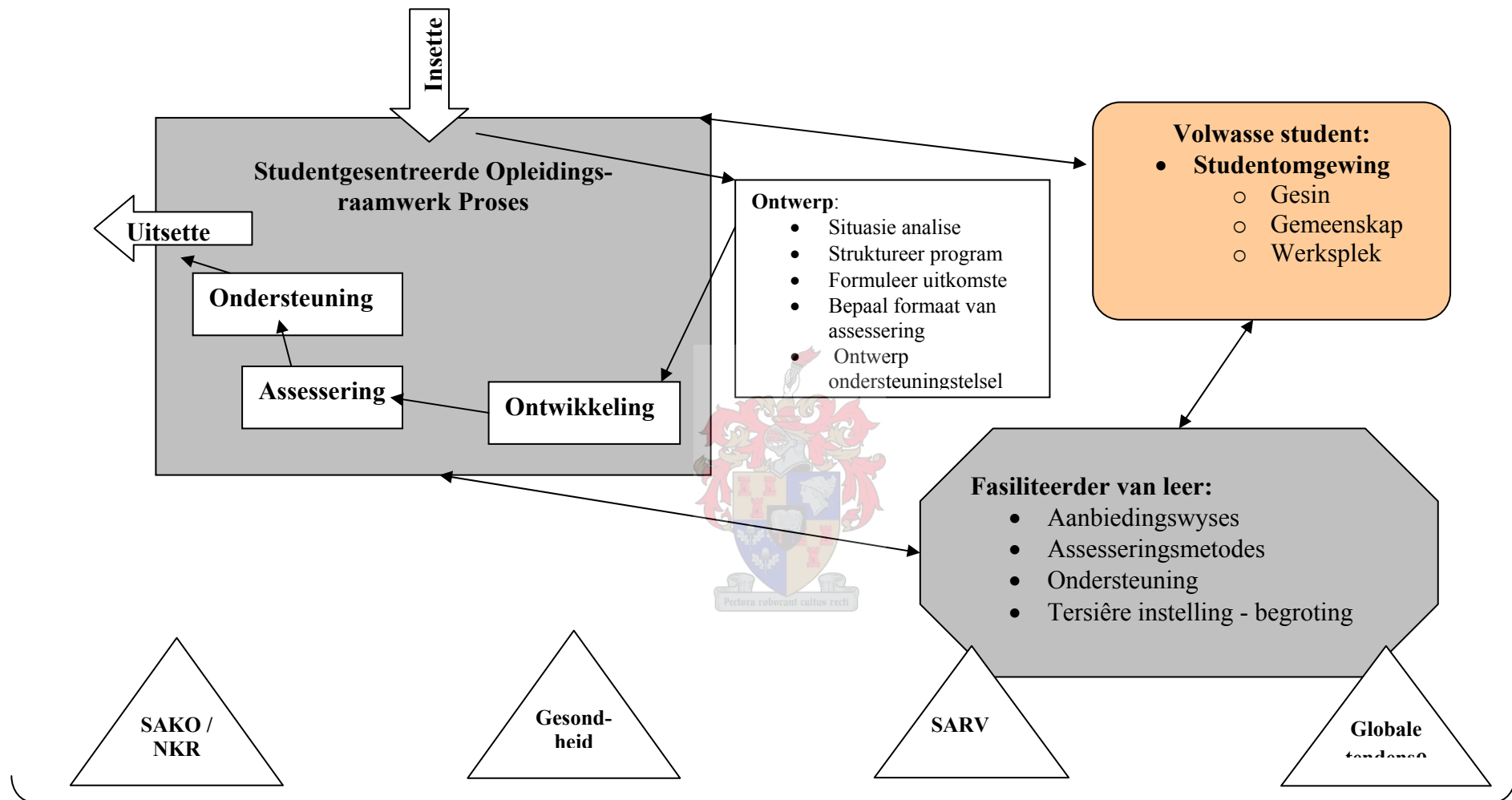
4.5 KONSEPTUELE RAAMWERK TEN OPSIGTE VAN DIE FAKTORE WAT 'n ROL SPEEL IN DIE ONTWIKKELING VAN 'n OPLEIDINGS-RAAMWERK VIR KLINIESE VERPLEEGPRAKTIKASIES OP DIE PLATTELAND VAN DIE NOORD-KAAP

Met die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde raamwerk word die fokus geplaas op die demografiese en kognitiewe profiel van die studente, voorkennis, persepsies van studente, voorkeure ten opsigte van aanbiedings- en assesseringsmetodes, opleidingsbehoefte, karaktertrekke, en die ervaring van die studente (Parchoma, 2003:36). Kliniese verpleegkundiges is volwassenes met sekere voorkeure ten opsigte van opleiding en ontwikkeling en daarom het die navorser in die literatuurstudie die fasilitering van leer van die volwassene bespreek. Die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyne op die platteland van die Noord-Kaap is dus die gevolg van:

- 'n Situasie analise wat gedoen is in die Noord-Kaap om 'n ontleding te doen van die:
 - studente (aantal, ontwikkelingsvlak, hul vermoëns en behoeftes, hul huislike omstandighede);
 - inhoud (leerinhoud moet analiseer word in terme van hoe dit verband hou met die uitkomst, relevansie, moeilikheidsgraad, beskikbare bronne, vereistes van die program, tidskedule, beskikbaarheid van teksboeke en die struktuur van die vakinhoud);
 - fisiese omgewing (universiteit en onderrigmedia);
 - opvoeder (sy of haar persepsie van onderrig teenoor studente, program, vakkennis, vaardighede, kwalifikasies en ondervinding); en
 - gemeenskap (fisiese - en psigologiese omgewing van die student).
- Die beleid van die Nasionale Departement van Gesondheid wat duidelike riglyne stel ten opsigte van die tipe dienste wat in omvattende gesondheidsorgdienste gelewer moet word in Suid-Afrika.
- Vereistes van die SARV en die SAKO

In Figuur 4.2 word die konseptuele raamwerk voorgestel ten opsigte van die faktore wat 'n rol speel in die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk. In Figuur 4.2 dui die navorser skematies aan dat faktore ten opsigte van volwasse leer in ag geneem moet word, wanneer opleiding vir volwassenes beplan word. 'n Ander faktor wat 'n belangrike rol speel is die fasiliteerder van leer, wat die aanbiedings-en assesseringsmetodes van 'n program vir volwasse leer moet aanpas by die volwasse studente. Die ontwikkeling van verpleegkunde programme vind egter nie in isolasie plaas nie, maar is daar belangrike rolspelers wat standarde en wetgewing formuleer waarbinne opleiding van verpleegkundiges moet geskied. In Figuur 4.2 dui die navorser aan dat die SAKO, Departement van Gesondheid, die SARV en globale tendense ten opsigte van gesondheid die belangrike rolspelers is wat opleiding van kliniese verpleegpraktisyns dikteer.





FIGUUR 4.2: Konseptuele raamwerk van die faktore wat 'n rol speel in die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk

4.6 SAMEVATTING

In hoofstuk 4 is 'n oorsig gegee van die literatuur wat beskikbaar is oor die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk en die volwassene as student in die onderrigsituasie. Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat leer 'n komplekse proses is en dit vereis 'n goeie verbeelding, buigsaamheid en die gewilligheid om risiko's te neem aan die kant van die fasiliteerder wanneer 'n program vir volwassenes ontwikkel word.

Uit die literatuur blyk dit dat sommige volwasse-onderrig teorieë en modelle hierdie kompleksiteit in die proses van programontwikkeling misken en die proses wil beperk tot spesifieke riglyne. Volgens Foley (2004:96) is programontwikkeling vir volwasse onderrig meer soos die ontwikkeling van 'n produksie vir die teater en word harde werk en helder denke hiervoor nodig. Die navorser het met die ontwikkeling van die vraelyste en die saamstel van vrae vir die semi-gestruktureerde onderhoude hierdie ruimte geskep vir die studente om insette te lewer vir die program wat ontwikkel word volgens hul unieke behoeftes. Die konteks waarbinne die program aangebied word is ook in aanmerking geneem deurdat die navorser die geografiese verspreiding van die studente in ag neem, asook die moeilike ekonomiese omstandighede van die platteland. Histories is 'n program vir kliniese verpleegkunde opleiding aangebied waartydens studente hul gesinne vir lang periodes moes verlaat en ver moes reis vir opleiding. Studente sien egter nie meer daarvoor kans nie.

Die opvoeder moet genoegsame kennis hê van programontwikkeling om te kan bydra tot relevante programontwerp. Doeltreffende programontwerp is 'n voorvereiste vir effektiewe onderrig, insluitende verpleegonderrig, en stel grondige kennis van programteorie, met die insluiting van programontwerp, -disseminasie, -implementering en -evaluering as voorvereistes. Effektiewe programontwikkeling word bepaal deur die gehalte van die ontwerp. Programontwerp is 'n essensiële aspek van programontwikkeling, wat die aspekte van situasie-analise, formulering van doelstellings en doelwitte vir die betrokke program, seleksie van inhoud en onderrigmetodes, en deurlopende assessering insluit.

In hoofstuk 5 word die navorsingsontwerp en metodologie van hierdie navorsing bespreek.

HOOFSTUK 5

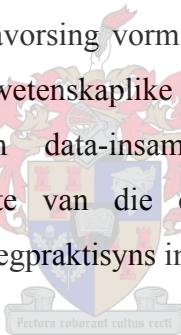
NAVORSINGSONTWERP EN METODOLOGIE

5.1 INLEIDING

In hoofstukke 2 en 3 is 'n literatuuroorsig gegee ten opsigte van die opleiding van verpleegkundiges en kliniese verpleegpraktisyns op internasionale- en nasionale vlak. In hoofstuk 4 is 'n oorsig gegee ten opsigte van die teoretiese aspekte van 'n studentgesentreerde opleidingsprogram vir volwasse studente.

Soos reeds in hoofstuk 4 gemeld, is die ontwikkeling van opleidingsprogramme een van die belangrikste aspekte in onderrig- en leer, en is die student die sentrale fokuspunt. In studentgesentreerde onderrig word leer en onderrig beplan volgens die student se behoeftes. Die doel van hierdie navorsing is om 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaapse platteland te ontwikkel. In hoofstuk 5 word die navorsingsproses wat gevolg is in hierdie navorsing, bespreek.

Die metodologiese beskrywing van navorsing vorm die kern van enige navorsingsprojek. Die navorsingsmetodologie verwys na die wetenskaplike onderbou van die studie ten opsigte van die ontwerp, metodes, steekproef- en data-insamelingstegnieke. Vervolgens word die navorsingsproses beskryf ten opsigte van die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns in die platteland van die Noord-Kaap.



5.2 NAVORSINGSONTWERP EN BENADERING

Die navorsingsontwerp verwys na die oorhoofse plan ten opsigte van dataversameling en data-analise wat in die navorsing gebruik word (Clifford, 1997:198). Volgens Carr (1994:718) is die hoofdoel van navorsing die ontdekking van waarhede binne die navorsingsveld. Hierdie waarhede kan ontdek word deur middel van kwalitatiewe of kwantitatiewe navorsing wat binne 'n navorsingsveld gedoen word. Carr (1994:714) beklemtoon die feit dat een benadering nie verhewe is bo 'n ander benadering nie. Verskillende navorsingsontwerpe word in die literatuur onderskei, naamlik eksperimentele ontwerp, kwasie-eksperimentele ontwerp, ex post facto-, opname, kwalitatiewe studies, deelnemende aksienavorsing, evaluasie navorsing, korrelasie en die nie-eksperimentele ontwerp (Babbie & Mouton, 2001:205, Brink, 1996:99, Clifford, 1997:76, De Vos, 2002:137; Parahoo, 1997:50). Die navorsingsontwerp wat deur die navorser vir hierdie navorsing gekies is, is kwalitatief van aard en die navorser het gepoog om die werklike situasie van verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap vas te stel en te beskryf.

Wetenskaplike probleme het verskillende benaderings ten opsigte van oplossing en elke benadering het sekere voordele en nadele. Die navorser as wetenskaplike bepaal 'n spesifieke, doelgerigte rigting wat ingeslaan moet word om die probleem op te los. Die navorser moet dus besluit oor watter benadering die mees geskikte sal wees om die probleem te ondersoek. In navorsing is daar verskeie benaderings ten opsigte van dataversameling wat gevolg kan word, naamlik 'n kwantitatiewe benadering, kwalitatiewe benadering en 'n benadering waar kwantitatiewe en kwalitatiewe data versamel word. Kwantitatiewe navorsing is volgens Burns en Grove (2003:27) 'n formele, objektiewe, nougesette en sistematiese proses om inligting te genereer om nuwe situasies te beskryf. 'n Kwantitatiewe benadering kan beskrywende-, korrelasie-, kwasië-eksperimentele- en eksperimentele navorsing insluit. Kwalitatiewe navorsing is 'n sistematiese, subjektiewe benadering wat gebruik word in navorsing om lewenservarings te beskryf en daaraan betekenis te gee (Burns & Grove, 2003:356). Vier algemene kwalitatiewe benaderings wat in verpleegkunde navorsing gebruik word is fenomenologie, grondigheidsteorie, etnografie en histories. Elke benadering is gebaseer op 'n filosofiese oriëntasie wat die interpretasie van data beïnvloed. In hierdie navorsing word van 'n fenomenologiese benadering gebruik gemaak aangesien die navorser belangstel in die siening van respondente ten opsigte van opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in die platteland van die Noord-Kaap.

Navorsing vind binne 'n spesifieke paradigma plaas wat kan wissel tussen 'n empiries-analitiese-, beskrywend-verklarende- of 'n kritiese paradigma. Empiries-analitiese paradigmas maak hoofsaaklik gebruik van kwantitatiewe benaderings in die navorsingsproses. Verklarende paradigmas maak van kwalitatiewe benaderings in die navorsingsproses gebruik. Die kritiese paradigma maak ook van 'n kwalitatiewe benadering gebruik, maar die dosent word as 'n mediator beskou en die student die vuur wat aangesteek moet word (Clare & Hamilton, 2003:87). Hierdie navorsing het dus 'n beskrywend-verklarende paradigma en is ondersoek ingestel en beskryf ten opsigte van die behoeftes en siening van verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap. Die doel van die navorsing is om die verpleegkundiges op die platteland se siening ten opsigte van kliniese verpleegopleiding te bepaal en deur middel van hul insette 'n opleidingsraamwerk te ontwikkel wat hul behoeftes aanspreek.

Praktykservaring en verslae van die Departement van Gesondheid toon duidelik dat daar 'n tekort aan kliniese verpleegpraktisyns op veral die platteland bestaan. In hoofstuk 1 is aangedui dat dit krities is om 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland daar te stel wat hul onderrig-behoeftes maksimaal sal akkommodeer. Die volgende navorsingsvrae word gestel:

- Wat is die beleid van Departement Gesondheid in die Noord-Kaap ten opsigte van kliniese verpleegopleiding en hoe word dit in die Noord-Kaap toegepas?
- Wat is die behoeftes/disposisie van die verpleegkundiges in die Noord-Kaap ten opsigte van opleiding en hoe beïnvloed dit opleiding?
- Hoe moet 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns lyk wat in die behoeftes van die student voorsien?

Om antwoorde op bogenoemde vrae te kry, is dit belangrik dat 'n in diepte studie van die opleidingsbehoefte van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland gedoen word. Die bestudering behels 'n in diepte studie, waarmee gepoog word om soveel moontlike kennis omtrent hierdie geselekteerde groep verpleegkundiges op die platteland te kry.

Yin (1994:13) definieer 'n gevallestudie as 'n allesomvattende navorsingstrategie wat van verskeie metodes gebruik maak om data te versamel en te ontleed. Clifford (1997:193) beskou 'n gevallestudie as 'n benadering in navorsing waar die navorser fokus op 'n spesifieke geval van mense binne 'n algemene situasie. Die geval kan 'n individu, gemeenskap of instansie wees. Die fokus is op 'n beperkte aantal mense binne 'n spesifieke situasie. Die bestudering behels 'n in diepte studie, waarin gepoog word om soveel moontlike kennis omtrent hierdie geselekteerde individu, groepie of gevalle te wete te kom. Volgens Clifford (1997:66) is gevallestudies 'n waardevolle ontwerp wat veral in verpleegnavorsing gebruik kan word, aangesien verskeie situasies ondersoek kan word wat op die versorging van pasiënte fokus. Parahoo (1997:391) se definisie stem ooreen met die definisie van Clifford (1997:66). Parahoo (1997:391) stel dit dat 'n gevallestudie fokus op 'n spesifieke populasie en gebeure wat deur tyd gebind word. Henning, Van Rensburg en Smit (2004:40) beskou die gevallestudie as 'n studie wat gebind is tot:

- 'n duidelike afbakening van grense – die platteland van die Noord-Kaap was in hierdie studie gebruik en slegs gemeenskappe wat as 'n platteland gekwalifiseer het, het aan die studie deelgeneem;
- spesifieke persone wat die primêre fokus is – kliniese verpleegpraktisyns, verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in kliniese verpleegkundige, maar werksaam in klinieke en gemeenskapsgesondheidsorgsentrums en die toesighouers van verpleegkundiges op die platteland was die primêre fokus in hierdie studie;
- 'n duidelike metode van data-analise – in hierdie studie is beskrywende statistiese verwerkings gedoen met die data wat tydens vraelyste versamel is en die data wat deur semi-gestruktureerde onderhoude versamel is, is volgens Tesch se model analiseer, soos beskryf in paragraaf 5.7;

- die duidelike stel van die fenomeen wat nagevors word – in hierdie studie was die fenomeen wat nagevors is, die opleidingsbehoefte van verpleegkundiges op die platteland;
- spesifisering van die tydsduur van die studie – die data-insameling het vier weke geduur en die totale duur van die studie was twee jaar;
- aktiwiteite en gebeure wat ingesluit word in die studie – die navorser het 'n dieptestudie gedoen van die opleidingsbehoefte van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap; en
- die verduideliking van die navorsingsmetode wat in die studie gebruik sal word – 'n beskrywend-verklarende studie is uitgevoer.

Die aard van hierdie navorsing dui daarop dat gevallestudie as navorsingsontwerp toepaslik is. In hierdie navorsing is die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap die spesifieke geval wat nagevors word. Volgens Yin (1994 in Blaxter, Hughes & Tight, 2003:74) word gevallestudies in twee dimensies geklassifiseer, naamlik in terme van die aantal gevalle wat enkel of veelvuldig kan wees, of alternatiewelik in terme van die doel van die studie, wat verkennend, beskrywend of verduidelikend kan wees. Die navorser het die gevallestudie as navorsingsontwerp gekies omdat die doel van die navorsing was om die Noord-Kaap te verken en die situasie te beskryf van die opleidingsbehoefte van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland. Clifford (1997:66) stel dit dat gevallestudie dit vir die navorser moontlik maak om verskeie tegnieke van data-insameling te gebruik in die navorsing. Observasietegnieke kan saam met vraelyste en onderhoude gebruik word om die nodige inligting te bekom. Die onbeperkte hoeveelheid inligting wat met gevallestudies versamel word, kan nuwe konsepte en teorieë genereer wat verder nagevors kan word. Die data wat versamel word is hoofsaaklik beskrywend van aard. Gevallestudies word algemeen gebruik in navorsing in sosiale wetenskappe, aangesien data met hierdie metode gegenereer word, wat nie moontlik is met ander navorsingsmetodes nie (Rowley, 2002: 16).

Volgens Mouton (2001:149) moet die navorser bedag wees op die volgende probleme wat met gevallestudies kan ontstaan, naamlik:

- Die navorser is die primêre waarnemer en sy was objektief tydens waarneming. Wat waargeneem word en hoe dit interpreteer word hang baie af van die navorser se kundigheid op die spesifieke navorsingsterrein. Die betroubaarheid van so 'n stuk navorsing kan dus maklik bevraagteken word as die weergawe van die studie 'n sterk persoonlike stempel van die navorser dra.

- Die gevallestudie is 'n ongekontroleerde benadering aangesien die navorser nie die individuele omgewingsfaktore wat die student beïnvloed kan kontroleer nie. Die rol van die navorser is ook moeilik kontroleerbaar.
- Die navorser moet voortdurend daarteen waak dat daar nie 'n te noue betrokkenheid ontstaan tussen die geval en hom/haarself nie.
- Geen kontrole kan gehou word om gegewens van 'n gevallestudie te herhaal of weer in te win nie. Dit is belangrik dat geen veralgemenings gemaak moet word op grond van enkele gevallestudies nie.

Die navorser het bogenoemde probleme oorkom, deurdat sy onbekend is vir die verpleegkundiges van die Noord-Kaap en het sy geen persoonlike kontak met verpleegopleiding in die Noord-Kaap nie. Die navorser het data versamel in al vyf streke van die Noord-Kaap en het dus geen veralgemenings gemaak ten opsigte van die inligting wat versamel is nie. Die steekproefgrootte wat in hierdie studie gebruik is, is volgens Nel (Direkteur: Sentrum vir Statistiese Konsultasie, Universiteit van Stellenbosch) verteenwoordigend van die populasie waarmee in hierdie studie gewerk is.

Volgens Mouton (2001:149-150) word gevallestudies gebruik in studies wat 'n kwalitatiewe oriëntasie het en ten doel het om 'n diepte beskrywing te gee van spesifieke gevalle in veral die sosiale en politieke wetenskappe. Gevalle wat bestudeer word fokus op die familie, huishoudings, klein gemeenskappe, sekere streke of op 'n spesifieke provinsie. Mouton (2001:150) beskou die gevallestudie as 'n metode wat in-diepte insig gee ten opsigte van sekere aspekte van 'n gemeenskap. Die outeur wys daarop dat dataversameling en -analise 'n tydrowende en duur proses is en dat die resultate nie altyd veralgemeen kan word nie. Parahoo (1997:391) meld dat resultate van 'n gevallestudie wel bruikbaar kan wees in ooreenstemmende gemeenskappe. Brink (1996:116) beskou die gebruik van gevallestudies in verpleegnavorsing as 'n waardevolle ontwerp om beskrywende inligting te bekom deur van 'n verskeidenheid dataversamelingsmetodes gebruik te maak. Tydens die gevallestudie kan verskeie dataversamelingstegnieke gebruik word en kan kwantitatiewe en/of kwalitatiewe data versamel word. Vraelyste, onderhoude, observering en nagaan van dokumente word as die mees algemene dataversamelingsmetodes in verpleegnavorsing gebruik (Brink, 1996:116; Parahoo, 1997:149). In hierdie navorsing is data versamel deur middel van onderhoude wat met die verpleegkundiges en hul toesighouers op die platteland gevoer word. Vraelyste is deur die verpleegkundiges wat reeds oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik, voltooi. Die response op die vraelyste bevat kwantitatiewe en kwalitatiewe data.

Edwards en Talbot (1999:55) benadruk die belang van deeglike ondersoek na die gevalle wat bestudeer word in 'n gevallestudie en stel voor dat:

- verskeie tegnieke gebruik moet word om data te versamel;
- verskeidenheid van respondente gebruik moet word van wie data verkry word; en
- meer as een navorser gebruik moet word om data tydens die gevallestudie te bekom.

Die navorser maak egter van vraelyste en onderhoudstegnieke gebruik om data te versamel en gebruik 'n wye verskeidenheid respondente in die navorsing. Die vraelyste word voltooi deur verpleegkundiges wat reeds oor 'n kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik en onderhoude word gevoer met toesighouers van kliniese verpleegkundes en met verpleegkundiges wat nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie. Die navorser het self die data versamel as gevolg van finansiële beperkinge. Die data wat in hierdie studie versamel is, is in samewerking met 'n statistikus van die Sentrum vir Statistiese Konsultasie van die Universiteit van Stellenbosch, rekenaarmatig en met Statistica 7 verwerk.

5.3 TEIKENGROEP EN STEEKPROEFNEMING

Die steekproef “defines the process for selecting a group of people, events, behaviours or elements with which to conduct the study” (Burns & Grove, 1993:58). Die grondliggende doel van steekproefneming is om die navorser in staat te stel om die verlangde inligting op 'n betroubare wyse te verkry. Daar bestaan hoofsaaklik twee tipes metodes van steekproefneming, naamlik waarskynlikheid- en nie-waarskynlikheidseleksie. Steekproefmetodes wat algemeen in kwalitatiewe navorsing gebruik word is volgens Clifford (1997:84) en Babbie en Mouton (2001:286) hoofsaaklik doeltreffend, maar kan daar ook van geleentheidsteekproefneming en sneeubal steekproefneming gebruik gemaak word. Tydens waarskynlikheid-steekproefneming het alle eenhede 'n gelyke kans op insluiting in die steekproef. Dit is egter nie altyd moontlik om 'n steekproef te verkry waarvan die waarskynlikheid dat dit verteenwoordigend sal wees van die populasie statisties bepaalbaar is nie. Hierdie metode van steekproefneming staan as nie-waarskynlikheidseleksie bekend. In hierdie studie is van nie-waarskynlikheidsteekproef-neming gebruik gemaak en word die steekproefneming in Tabel 5.1 voorgestel. Die navorser het van elke geleentheid gebruik gemaak om respondente by die studie te betrek om 'n diepte studie te doen en is dus van geleentheidsteekproefneming gebruik gemaak.

In die rasionaal en probleemstelling in hoofstuk 1 is aangedui dat daar 'n verskil is tussen die aantal kliniese verpleegpraktisyns wat per provinsie opgelei is en is aangedui dat die Noord-Kaap een van die provinsies is wat 'n groot tekort aan kliniese verpleegpraktisyns het. Na gesprekvoering met kundiges in die beroep, is die Noord-Kaap geïdentifiseer as die ideale

provinsie waarbinne 'n formele opleidingsraamwerk nodig is vir primêre gesondheidsorg en is die volgende redes vir bogenoemde keuse van provinsie geïdentifiseer:

- die Noord-Kaap is die grootste geografiese provinsie in Suid-Afrika en beskik tans nie oor 'n tersiêre instelling wat opleiding aan verpleegkundiges verskaf nie. (Die *National Institute of Higher Education* (NIHE) beplan egter om betrokke te raak in die tersiêre opleiding van gesondheidsorgpersoneel);
- die Noord-Kaap het van die minste opgeleide kliniese verpleegpraktisyns; en
- toeganklikheid van opleiding binne beskikbare opleidingsmodelle is beperk (groot afstande na opleidingsentra, werks- en huishoudelike verpligtinge).

Bogenoemde word bevestig met die situasie-analise wat deur Departement Gesondheid in die Noord-Kaap gedurende Julie 2002 gedoen is. Tydens die situasie-analise is bevind dat die Noord-Kaap 29,7% van die landelike oppervlak van Suid-Afrika beslaan met 'n populasie van 840 321 wat hoofsaaklik rondom die dorpsareas aangetref word (Department of Health, 2002:7). Ongeveer 65% van die Noord-Kaapse bevolking maak gebruik van openbare gesondheidsorg-fasiliteite en daar is 'n verhoging in die aantal pasiënte na plaaslike kliniekdienste met die stygende prevalensie in MIV verwante siektes. Die MIV prevalensie is 15,1% vir die Noord-Kaap. Die strategiese plan van die Noord-Kaap wat in 2002 opgestel is, het ten doel gehad om kwaliteit verpleegsorg in hierdie wydgestrekte provinsie te lewer, ten spyte van beperkte hulpbronne. Die doel is deur die Departement van Gesondheid gestel om voortdurend infrastrukturele ontwikkeling te ondersteun en sodoende werknemers te bemagtig om omvattende gesondheidsorgdienste aan al die gemeenskappe te lewer.

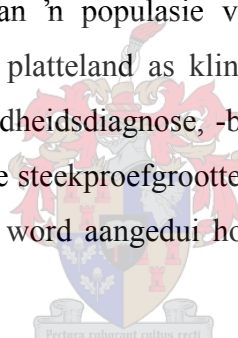
Volgens statistiek wat deur die SARV vrygestel is op 31 Desember 2003, is daar 1856 geregistreerde verpleegkundiges in die Noord-Kaap waarvan slegs 433 werksaam is op die platteland van die Noord-Kaap. Hierdie statistiek het aangedui dat slegs 378 verpleegkundiges in die Noord-Kaap opgelei is in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg. In Suid-Afrika is reeds 19 174 by die SARV geregistreer in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg. Op 31 Mei 2004 het die navorser persoonlik kontak gemaak met Karen Badenhorst, inligtingstegnologie beampte by die SARV om bogenoemde statistiek te bevestig. Die jongste statistiek het aangedui dat daar net 252 verpleegkundiges in die Noord-Kaap is wat oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik. Hierdie beampte het aangedui dat 16 van hierdie verpleegkundiges se registrasie opgeskort is by die Raad op Verpleging, aangesien hulle nie hul jaarlikse professionele fooie betaal het nie en vier het versoek om hul registrasie te kanselleer.

Die teikengroep in hierdie navorsing is verpleegkundiges van die Noord-Kaap wat reeds as kliniese verpleegpraktisyns praktiseer, verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde, maar wat werk in die gemeenskap en toesighouers van kliniese verpleegpraktisyns en hul toesighouers. Hierdie groep is deurlopend in die navorsing gebruik en vorm dus die spesifieke geval wat bestudeer word.

Die populasies waarmee in hierdie navorsing gewerk word is dus:

- 252 kliniese verpleegpraktisyns, wat oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik;
- 433 verpleegkundiges wat in die platteland van die Noord-Kaap werk. Die navorser kon geen inligting bekom om te bepaal hoeveel van hierdie verpleegkundiges reeds oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik nie; en
- vyf toesighouers van die vyf distrikte van die Noord-Kaap, soos aangedui in Tabel 5.2.

Volgens Stoker (1985 in De Vos, 1998:192) moet die steekproefgrootte vir die kliniese verpleegpraktisyns 32% uitmaak van 'n populasie van 252 verpleegkundiges. Daar is 433 verpleegkundiges werksaam op die platteland as kliniese verpleegpraktisyns, maar nie almal beskik oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg nie. Volgens Stoker (1985 in De Vos, 1998:192) moet die steekproefgrootte van hierdie populasie 20% wees van die 433 verpleegkundiges. In Tabel 5.1 word aangedui hoe die steekproefneming gedoen is (soos ook in hoofstuk 1 uitgewys).



TABEL 5.1: Steekproefneming

Populasie	Steekproefgrootte	Steekproefmetode
Kliniese verpleegpraktisyns (n=252)	81 (32%)	Geleentheidsteekproef
Verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde (n=433)	87 (20%)	Geleentheidsteekproef
Toesighouers (n=5)	5 (100%)	Nie-waarskynlikheid-steekproef, doelbewus

(Badenhorst: 2004)

In hierdie navorsing is egter 95 vraelyste voltooi deur kliniese verpleegpraktisyns, 112 onderhoude gevoer met verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde en vyf onderhoude gevoer met die toesighouers wat verantwoordelik is vir die bestuur van die gesondheidsorgdienste in die verskillende distrikte van die Noord-Kaap. By die beraming van proporsies met 95% vertrouensintervalle sal 'n steekproefgrootte van 95 uit 'n populasie van 252 kliniese verpleegpraktisyns 'n presisie van 8% lower. By die beraming van proporsies met 95%

vertrouensintervalle, sal 'n steekproefgrootte van 112 uit 'n populasie van 433 verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde ook 'n presisie van 8% lower. Hierdie steekproefgrootte is volgens Nel (Direkteur: Sentrum vir Statistiese Konsultasie, Universiteit van Stellenbosch) verteenwoordigend van die populasie waarmee in hierdie navorsing gewerk word.

Die navorser het besluit om van geleentheidsteekproefneming vir die verpleegkundiges gebruik te maak en van doelbewuste steekproefneming van die toesighouers gebruik te maak, aangesien groot afstande afgelê moes word tussen die klinieke en nie alle klinieke met 'n motor bereikbaar was nie. Afsprake is met al die beskikbare verpleegkundiges in die onderskeie distrikte van die Noord-Kaap gemaak. Die gesondheidsorgdienste van die Noord-Kaap is verdeel in verskillende gesondheidsorgdistrikte soos voorgestel in Figuur 5.1 en Tabel 5.2, naamlik Namakwa, Pixley Ka Seme, Kgalagadi, Siyanda en Frances Baard. Die navorser het al die klinieke in die onderskeie distrikte besoek en vraelyste oorhandig aan verpleegkundiges wat oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik en semi-gestruktureerde onderhoude is gevoer met verpleegkundiges wat nog nie oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik nie. Die navorser het in die vier weke van data-insameling in die Noord-Kaap 5 500 kilometer per motor afgelê.

Die verpleegkundiges wat reeds oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik moes aan die volgende insluitingskriteria voldoen:

- die individue moes Engels of Afrikaans kon praat. Die onderhoudsvoering en vraelyste is in Engels en/of Afrikaans gedoen en daarom moes die respondente een van die twee tale magtig gewees het. Al die verpleegkundiges in die Noord-Kaap praat een van hierdie twee tale;
- respondente moes toestemming gee tot deelname aan die projek;
- alle respondente moes oor 'n kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik en werksaam wees; en
- respondente moes op die platteland van die Noord-Kaap diens lewer.

Die verpleegkundiges wat nog nie oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik nie moes aan die volgende insluitingskriteria voldoen:

- die individue moes Engels of Afrikaans kon praat. Die onderhoudsvoering was in Engels en/of Afrikaans gedoen en daarom moes die respondente een van die twee tale magtig gewees het;
- respondente moes toestemming gee tot deelname aan die projek;
- respondente moes by die SARV geregistreer wees as 'n geregistreerde verpleegkundige met geen kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg nie; en

- respondente moes op die platteland van die Noord-Kaap diens lewer.

Tydens die doelbewuste nie-waarskynlikheid steekproefneming is die toesighouers doelbewus gekies op grond van hul kundigheid ten opsigte van die bestuur van verpleegdienste en opleidingsbehoefte van hul personeel in hul distrikte. Afsprake is met die onderskeie toesighouers in die vyf distrikte gemaak en semi-gestruktureerde onderhoude is met elkeen individueel gevoer.

Toesighouers moes aan die volgende insluitingskriteria voldoen:

- die individue moes Engels of Afrikaans kon praat. Die onderhoudsvoering is in Engels en/of Afrikaans gedoen en daarom moes die respondente een van die twee tale magtig wees;
- respondente moes toestemming gee tot deelname aan die projek;
- respondente moes by die SARV geregistreer wees as 'n geregistreerde verpleegkundige met of sonder die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg;
- respondente moes in beheer wees van fasiliteite waar kliniese verpleegpraktisyns werk; en
- respondente moes in beheer wees van verpleegdienste in die platteland van die Noord-Kaap.

Die navorser het ook 'n afspraak gemaak met die Direkteur van Verpleegdienste in die Noord-Kaap om die beleid van Departement Gesondheid in die Noord-Kaap te kry ten opsigte van die opleiding van verpleegkundiges in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg. Hierdie afspraak kon nie deur die Direkteur nagekom word nie en sy het onderneem om die beleid vir die navorser te pos. Die navorser het na voltooiing van die data-insamelingsproses verskeie telefoniese sessies met die sekretaresse van die Direkteur van Gesondheid van Verpleegdienste in die Noord-Kaap gehad en gevra vir die geskrewe beleid van die Provinsiale Departement van Gesondheid ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns. Geen beleid is egter deur die navorser ontvang nie.

In Figuur 5.1 word 'n kaart van die Noord-Kaap voorgestel met die verskillende distrikte waaruit die Noord-Kaap bestaan en waarvolgens die toesighouers verantwoordelik is vir die bestuur van gesondheidsorgdienste. Verpleegkundiges van Kimberley kon nie in die steekproef ingesluit word nie, aangesien Kimberley as 'n stad gedefinieer word.



FIGUUR 5.1: Kaart van die Noord-Kaap met die verskillende distrikte (Eating-OUT Web Services CC., 2006)

Figuur 5.1 dui die verskillende distrikte van die Noord-Kaap aan, maar aangesien die name onlangs verander het van die verskillende distrikte het die navorser die name van die distrikte soos dit tans ingedeel is vir gesondheidsorgdienslewering van die onderskeie toesighouers verkry en word dit in Tabel 5.2 aangedui. In Tabel 5.2 dui die navorser die verskillende dorpe aan wat binne die spesifieke gesondheidsorgdistrikte val.

TABEL 5.2: Gesondheidsorgdistrikte met dorpe vir dienslewering

Gesondheidsorgdistrik	Dorpe vir dienslewering
Karoo (Bo en Hantam)	De Aar, Noupoot, Strydenburg, Britstown, Prieska, Richmond, Victoria Wes, Marydale, Loxton, Hanover, Hopetown, Vosburg, Colesberg, Philipstown en Griekwastad
Francis Baard (Diamantveld)	Stadsklinieke, wat nie ingesluit is in navorsing. Barkley Wes, Delportshoop, Richie, Warrenton, Campbell, Jan Kempdorp, Douglas en Hartswater
Kgalagadi (Kalahari)	Kuruman, Olifantshoek, Lime Acres, Daniëlskuil, Dibeng, Kathu en Dingleton
Siyanda (Groen Kalahari)	Upington, Keimoes, Kakamas, Groblershoop, Kenhardt, Postmasburg, Askam, Rietfontein
Namakwaaland	Springbok, Okiep, Garies, Nababeep, Kamieskroon, Pofadder, Calvinia, Port Nolloth, Kleinsee en Alexanderbaai

Toestemming is van die Direkteur Gesondheidsorgdienste in die Noord-Kaap verkry om die data gedurende Mei en Junie 2005 te versamel. (Bylae B) Data-insameling is in elke distrik gedoen, totdat data-saturasie voorgekom het. Data-saturasie kom voor wanneer geen nuwe inligting deur die navorser verkry word tydens die data-insamelingsproses nie.

5.4 DATA-INSAMELING

Hierdie fase van die navorsingsprojek behels 'n beskrywing van die ontwikkeling van die verskillende instrumente wat gebruik is in die navorsing. As 'n kwalitatiewe navorser het die navorser belang gestel in die behoeftes van verpleegkundiges in die Noord-Kaap ten opsigte van kliniese verpleegopleiding. In hierdie navorsing is gebruik gemaak van data-insameling deur middel van vraelyste en semi-gestruktureerde onderhoude.

5.4.1 Vraelyste

Volgens De Vos (1998:152) is 'n vraelys 'n stel vrae om inligting aan die navorser te voorsien en die vraelys word deur 'n respondent voltooi as deel van 'n navorsingsprojek. Die vrae moet so gestel wees dat die antwoorde oop of geslote is. Vraelyste kan geos word, telefonies voltooi word of persoonlik ingevul word in teenwoordigheid van die navorser. Die navorser het besluit om persoonlik teenwoordig te wees wanneer die respondente die vraelyste voltooi, aangesien die responssyfer vir voltooiing van geposte vraelyste gemiddeld 50% is (De Vos, 1998:153). Die navorser het 'n responskoers van 100% gehad. Die finale vraelys (Bylae C) is geformuleer nadat 'n behoorlike literatuurstudie voltooi is en na afloop van twee loodsstudies wat in die Wes-Kaap gedoen is. Die vraelys het die volgende inligting ingesluit:

- sosio-demografiese data;

- profielkenmerke en situasie van die verpleegkundiges;
- programontwikkeling vir kliniese verpleegpraktisyns; en
- persepsies van die verpleegkundiges se familie ten opsigte van opleiding.

Verpleegkundiges wat reeds oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg beskik, is versoek om die vraelyste te voltooi. Die instrument is so ontwikkel dat dit die respondent nie langer as 30 minute geneem het om te voltooi nie.

5.4.2 Onderhoude

Volgens Henning (2004:49) is onderhoude wat gevoer word met respondente een van die geskikste metodes van data-insameling tydens gevallestudies. Volgens Edwards en Talbot (1999:100) gee onderhoude as dataversamelingsmetode die navorser toegang tot meer komplekse situasies en wanneer dit deeglik gedoen word, gee dit geleentheid aan die respondente om hulle siening te lig. Parahoo (1997:281) beskou onderhoudvoering as die effektiëste manier waarop gevoelens, ervaring, menings en voornemens in gesondheidspraktyke oorgedra kan word. Onderhoude hou volgens Edwards en Talbot (1999:101) die volgende voordele in:

- die navorser kry 'n 100% terugvoer op vrae;
- die navorser kan interpretasies en betekenis van navorsing ontdek deur gesprekvoering met die respondente;
- die respondente se persepsies en bekommernisse oor verdere opleiding in die platteland word uitgespreek;
- respondente geniet hierdie tegniek van dataversameling, aangesien hulle voel dat daar na hulle geluister word en dat hulle waardevolle inligting kan verskaf ten opsigte van hul unieke behoeftes; en
- hierdie tegniek verskaf die ryk data wat benodig word in gevallestudies.

Daar is ook nadele verbonde aan die gebruik van hierdie tegniek, naamlik:

- onderhoude neem baie tyd in beslag en dit neem ongeveer vier ure om 'n onderhoud van 'n halfuur te transkribeer;
- die onderhoud kan die respondente se persoonlike ruimte betree, wanneer die navorser te ver gaan met die vraestelling;
- dieselfde inligting kan ook met 'n vraelys verkry word; en
- die onderhoud moet goed gedoen word om volledige inligting te bekom.

Parahoo (1997:281), Henning (2004:53) en De Vos (2002:297) onderskei tussen gestruktureerde-, semi-gestruktureerde- en ongestruktureerde onderhoude. Gestruktureerde onderhoude word so gevoer dat al die respondente dieselfde vrae in dieselfde volgorde gevra word. 'n Onderhoudskedule word opgestel en die navorser vra slegs die vrae stel wat op die skedule voorkom. Vrae is gewoonlik geslote. Deur by hierdie proses te hou, word die invloed van die navorser beperk en word meer objektiewe resultate verkry. Tydens semi-gestruktureerde onderhoude word 'n aantal standaardvrae opgestel, maar word die navorser toegelaat om uit te brei op die vrae tydens onderhoudvoering. Geslote en oop vrae word gevra. Die ongestruktureerde onderhoud is meer vryvloeiend van aard en al wat gestruktureerd is, is die fokus van die navorsing. Die navorser begin die onderhoud deur 'n breë stelling te maak en moedig gesprekvoering aan deur verdere vrae te stel wat van toepassing is op die navorsing. Hierdie tegniek word veral gebruik in kwalitatiewe navorsing en word in-diepte inligting hierdeur verkry. In hierdie navorsing het die navorser van semi-gestruktureerde onderhoude gebruik gemaak, aangesien die navorser seker wou maak dat dieselfde vrae aan elke respondent gevra word.

De Vos (2002:304) beklemtoon die belangrikheid van die opneem van die onderhoud op band of video, om te verseker dat alle data vasgelê word en nie verlore gaan wanneer net kernaantekeninge gemaak word nie. Die navorser moet die toestemming van die respondente verkry om die onderhoud op band of video op te neem. Die navorser het van 'n vraeboek gebruik gemaak tydens semi-gestruktureerde onderhoude om te verseker dat dieselfde vrae aan al die respondente gestel is en het die onderhoude op band geneem, nadat toestemming van die respondente verkry is. In gevalle waar die respondente geweier het, dat die onderhoude op band geneem moes word, het die navorser noukeurige aantekeninge gemaak van die response van die respondente. Oop vrae is gestel soos aangeheg in Bylae D van hierdie navorsing.

5.5 GELDIGHEID EN BETROUBAARHEID DATA-INSAMELINGSINSTRUMENTE

Die gebruik van navorsingsinstrumente is onlosmaaklik verbind aan die konsepte van geldigheid en betroubaarheid. Meetinstrumente kan slegs bruikbaar vir 'n navorser wees as die inligting wat daardeur versamel word, betroubaar en geldig is. By navorsing verwys geldigheid na die mate waarin die data tot sekere insig lei onder andere kennis en begrip van betekenis, terwyl betroubaarheid verwys na die mate waarin die bevindings veralgemeen kan word (De Vos, 2002:166). Geldigheid en betroubaarheid kom ook voor indien die navorser voortdurend beskryf, verduidelik, aannames maak asook prosedures, stellings en praktyke regverdig (Brink, 1996:168). Die betroubaarheid van instrumente word bepaal deur vas te stel of dit die

navorsingsvraag of doelwitte aanspreek. Die vraelys en onderhoude wat in hierdie navorsing gebruik word moet dus antwoorde gee op die volgende vrae:

- Wat is die beleid van die Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap ten opsigte van kliniese verpleegkunde-opleiding en hoe word dit in die Noord-Kaap toegepas?
- Wat is die behoeftes/disposisie van die verpleegkundiges in die Noord-Kaapse platteland ten opsigte van opleiding en hoe beïnvloed dit opleiding?
- Hoe moet 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns lyk wat in die behoeftes van die student voorsien?

Die betroubaarheid van 'n vraelys verwys na die konsekwentheid waarmee die respondente die vrae verstaan en daarop reageer. Dit is volgens Parahoo (1997:265) belangrik dat die betroubaarheid van 'n vraelys ondersoek moet word deur die volgende twee vrae te stel:

- Is die vrae of stellings duidelik en ondubbelsinnig sodat elke respondent dit verstaan en op dieselfde manier daarop sal reageer wanneer dit aan hom/haar voorgelê word?
- Sal al die respondente die instruksies wat deur die navorser gegee word op dieselfde manier interpreteer?

Miles en Hubermann (1994:278) beklemtoon die belang van die verifiëring van die resultate van data-analise in kwalitatiewe navorsing, aangesien sydigheid die resultate negatief kan beïnvloed. Volgens De Vos (1998:351) beperk die benadering wat Guba (1985) beskryf het ten opsigte van die verhoging van betroubaarheid in kwalitatiewe navorsing, sydigheid.

Die betroubaarheid van kwalitatiewe navorsing kan dus verhoog word indien die kriteria wat deur Guba se model (De Vos, 1998:348) voorgestel word, deur die navorser toegepas word. Die model verwys na vier basiese kriteria, naamlik:

- geloofwaardigheid ten opsigte van die bevindings en die konteks waarin die navorsing plaasvind;
- toepasbaarheid in 'n ander soortgelyke konteks;
- konsekwentheid van bevindings indien dit herhaal word met of dieselfde respondente, of dieselfde situasie; en
- die mate van objektiwiteit, sodat die bevindings die absolute weergawe van die respondente en die situasie weerspieël en nie beïnvloed is deur ander vooroordele, motiverings en perspektiewe nie.

In hierdie navorsing het die navorser van Guba se benadering gebruik gemaak tydens die ontleding van die data.

Opsommenderwys kan gesê word dat die geloofwaardigheid in hierdie navorsing verhoog word, omdat:

- die vrae gegener is nadat 'n diepgaande literatuurstudie uitgevoer is. Die konsepte waarop die vrae gebaseer is, is gegrond op die nuutste nasionale en internasionale literatuur; en
- 'n loodsstudie uitgevoer is om leemtes in die vraelys en onderhoudvoering te identifiseer en vas te stel of die data wel toepaslik en bruikbaar is.

Tydens data-insameling in gevallestudies het elke metode wat gebruik word sy eie sterkpunte en swakplekke en daarom is dit noodsaaklik dat triangulasie gebruik word. Triangulasie is 'n waardevolle metode om toe te pas in gevallestudies, want data word van verskillende bronne verkry en die inligting en feite wat verskaf is, kan vergelyk word tussen die verskillende bronne (Rowley, 2002:23). In hierdie navorsing is data versamel deur middel van vraelyste en onderhoude en is drie groepe respondente gebruik. Die inligting wat verkry word van die vraelyste wat deur verpleegkundiges met die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg, moet ooreenstem met die inligting wat verkry is van die semi-gestruktureerde onderhoude wat gevoer is met die toesighouers van verpleegkundiges in die platteland van die Noord-Kaap en die verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg. Data is dus deur middel van vraelyste en onderhoude versamel en drie groepe respondente is in hierdie gevallestudie gebruik om betroubaarheid te verseker. Die data versamel in hierdie navorsing is getrianguleer.

Die navorser het twee loodsstudies in twee verskillende plattelandse dorpe in die Wes-Kaap gedoen om geldigheid en betroubaarheid van die vraelyste en onderhoude te verseker. Die loodsstudies is in die Wes-Kaap gedoen, aangesien dit logisties nie vir die navorser moontlik was om die loodsstudies in die Noord-Kaap te doen nie.

5.6 LOODSSTUDIE

'n Loodsstudie word gedoen om onder andere die instrumente of dataversamelingsproses te ontwikkel of verfyn (Burns & Grove, 1993:67). Soos reeds genoem in afdeling 5.7 word 'n loodsstudie gewoonlik gedoen om een of meer van die volgende redes:

- om te bepaal of die navorsing uitvoerbaar is;
- om probleme met die ontwerp te identifiseer;
- om die geldigheid en betroubaarheid van die navorsingsinstrumente te ondersoek; en
- om die dataversameling en analisetegniek te verfyn.

As gevolg van beperkte tyd en finansies kon die navorser nie die loodsstudie in die Noord-Kaap uitvoer nie en is dele van die Wes-Kaap geïdentifiseer wat ooreenstem met die profiel van die Noord-Kaap. Die navorser het besluit om nie net een streek vir 'n loodsstudie te gebruik nie, maar om die loodsstudie op twee streke uit te toets om seker te maak dat sydigheid uitgeskakel word.

Die eerste loodsstudie is op tien verpleegkundiges wat reeds oor die kwalifikasie in Gesondheidsdiagnose, -behandeling en –sorg beskik uitgevoer. Hierdie verpleegkundiges is werksaam op die platteland by die Kaapse Wynland Distriksmunisipaliteit. Tien onderhoude is ook met verpleegkundiges werksaam by die Kaapse Wynland Distriksmunisipaliteit gevoer wat nog nie oor die kwalifikasie in Gesondheidsdiagnose, -behandeling en –sorg beskik nie en moes die volgende veranderinge aangebring word ten opsigte van die vraelys en onderhoudskedule:

- Vraag 16 van die vraelys was swak beantwoord deur die respondente omdat hulle nie die vraag verstaan het nie. Hierdie vraag is duideliker geformuleer na aanleiding van hierdie terugvoer.
- Die afdeling oor rekenaargeletterdheid is ook swak beantwoord en die respondente het aangevoer dat hulle nie oor rekenaars beskik nie en nie bekend is met die terminologie wat ten opsigte van rekenaargebruik is nie. Die verpleegkundiges is negatief ten opsigte van die gebruik van rekenaars en was om hierdie rede nie gemotiveerd om die vrae oor rekenaargebruik te beantwoord nie. Die navorser het die afdeling oor rekenaargeletterdheid hersien en die 18 vrae wat aanvanklik ingesluit is in die vraelys, verminder na slegs vyf vrae.
- 'n Voorstel is ook gemaak dat die navorser eers 'n verduideliking moet gee ten opsigte van die aard van die navorsing alvorens die vraelyste aan die respondente oorhandig word vir voltooiing.
- Die navorser het die verpleegkundiges gevra om hul gesin se kontak- besonderhede te verskaf sodat onderhoude met hul gevoer kan word om te bepaal wat die impak van die studies op die huishouding was. Die verpleegkundiges het almal aangedui dat hulle nie gemaklik voel daarmee dat die familie by hul werksplekke gepla moet word nie. Die navorser het toe 'n vraag in die vraelys en onderhoudskedule ingewerk om die effek van verdere studie op die huishouding te bepaal.
- Vraag 6 in die onderhoudskedule was onduidelik en respondente het slegs op die teoretiese assessering gekonsentreer. Die navorser het toe die vraag herformuleer en gespesifiseer dat die respondente hul keuse van assessering moet aandui ten opsigte van die teoretiese en praktiese komponente van die program in kliniese verpleegkunde.

- Die vraelys het slegs tien minute geneem om te voltooi en die onderhoudvoering het ongeveer vyftien minute geneem.
- 'n Onderhoud is ook gevoer met die toesighouer van die Kaapse Wynland Distriksmunisipaliteit en slegs een vraag was onduidelik. Die laaste vraag van die onderhoudskedule van die vrae vir toesighouers was onduidelik. Die vraag moes herformuleer word en die toesighouers moes die faktore identifiseer wat impakteer op opleiding van kliniese verpleegpraktisyns.

Nadat bogenoemde veranderinge aan die vraelyste en onderhoudskedules aangebring is, is dit in 'n plattelandse gebied in die Weskus-Wynland Distrik geloods. Tien vraelyste is voltooi, tien onderhoude is gevoer asook 'n onderhoud met die toesighouer van hierdie distrik en daar was geen voorstelle vir verandering nie. Die navorser het die vraelys en onderhoudskedules ook vir drie kundiges wat verantwoordelik is vir opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Wes-Kaap gegee om te evalueer en hul insette te kry.

Die resultate van die loodsstudie, sowel as die respondente betrek in die loodsstudie, is nie in die data-analise ingesluit nie.

5.7 ETIESE OORWEGINGS TYDENS DATA-INSAMELING

Skriftelike toestemming is van die Streekdirekteur van die Noord-Kaap ontvang om die navorsing te doen (sien Bylae C). Die volgende etiese kwessies soos voorgestel deur Henning (2004:73) en Parahoo (1997:276) is in aanmerking geneem tydens dataversameling:

- inligting deur respondente verskaf is vertroulik hanteer en hierdie versekering is in die vraelyste aangedui en ook verbaal oorgedra aan elke respondent waarmee onderhoude gevoer is;
- vraelyste is anoniem voltooi;
- ingeligte toestemming tot deelname aan die navorsing is van alle respondente verkry, voordat vraelyste voltooi en onderhoude gevoer is;
- die navorser het nie betrokke geraak by enige geskille of ontevredenheid wat bestaan tussen respondente en die Provinsiale Departement van Gesondheid nie; en
- geen verwagtings is deur die navorser geskep dat daar wel 'n tersiêre instelling in die Noord-Kaap gebou sal word wat opleiding aan verpleegkundiges sal voorsien nie. Die respondente is baie leergierig en sien daarna uit om toegang tot opleiding in Gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg te verkry, maar die navorser het aangedui dat hierdie navorsing nie noodwendig aanleiding sal gee tot die totstandkoming van 'n opleidingsprogram in die

Noord-Kaap nie. Die bevindings en aanbevelings sal wel aan die verskillende toesighouers en Streekdirekteur gestuur word, soos deur hierdie respondente versoek.

Respondente kon weier om aan die navorsing deel te neem en geen respondent se menseregte is geskend tydens die navorsing nie. Die navorsing was ook nie-eksperimenteel van aard. Deelnemers is nie vergoed om aan die navorsing deel te neem nie.

5.8 DATA-ANALISE

Die ontleding en interpretering van data in navorsing verg dat die navorser die inligting wat ingewin is, ondersoek en patrone en temas identifiseer wat antwoorde op die navorsingsvrae gee. Volgens De Vos (2002:339) is dit egter belangrik dat die data wat wel versamel is, geïnterpreteer en verduidelik moet word sodat die inligting wat versamel en ontleed is, 'n sinvolle betekenis vorm.

Beskrywende statistiese verwerkings is gedoen met die data wat deur die vraelyste versamel is en die resultate is met behulp van tabelle en grafieke voorgestel. Die kundigheid van 'n statistikus by die Sentrum vir Statistiese Konsultasie (Prof. Daan Nel) by die Universiteit van Stellenbosch is verkry met die ontwikkeling van die vraelys en saamstel van vrae vir die onderhoude. Hierdie kundige is ook betrek by die analise van die data.

Data-analise in kwalitatiewe navorsing is 'n voortdurende proses en die data wat versamel is deur middel van semi-gestruktureerde onderhoude, is eers getranskribeer en die inligting is verder afgebreek (Henning, 2004:127). Kernaantekeninge is ook gemaak, tydens onderhoudvoering, veral wanneer respondente nie bereid was om die gesprek op band op te neem nie. Tesch (1990 in Henning, 2004:127) het beginsels identifiseer wat toepaslik is in die analise van kwalitatiewe data:

- gedurende die ontleding van data word voortdurend gesoek vir ooreenkomste, verskille, kategorieë, temas, konsepte en idees. Hierdie proses begin volgens Henning (2004:127) reeds tydens die data-insamelingsproses;
- analise begin met die lees van alle data en dan die verdeling van die data in kleiner eenhede wat 'n betekenisvolle geheel vorm;
- data-segmente word dan in 'n sisteem ge-organiseer ;
- patrone word identifiseer deur middel van ooreenkomste en verskille wat uitgelig word;
- kategorieë is buigbaar en kan aangepas word tydens die analiserings- proses;
- die analise moet die respondente se persepsies weerspieël; en
- die resultate van die analise is 'n hoër-orde sintese in die vorm van beskrywende patrone of temas.

Die navorser het die data wat tydens die onderhoude per band opgeneem is, getranskribeer en daarna ooreenstemmende konsepte en idees aangeteken, asook verskille in idees. Tydens die onderhoude is data versamel om te bepaal wat die opleidingsbehoefte van verpleegkundiges op die platteland in die Noord-Kaap is. Die navorser het ook bepaal wat die respondente sal motiveer om 'n kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg te bekom en waarom hulle nog nie verder studeer het nie. Tydens die onderhoude is ook bepaal wat die voorkeur van die respondente is ten opsigte van onderrig- en assesseringsmetodes. Die toesighouers het ook die geleentheid gekry om hul opinie te gee ten opsigte van die opleiding wat tans in die Noord-Kaap plaasvind en wat die beleid van die Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap ten opsigte van opleiding is. Nadat data geanaliseer is, is 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaap opgestel volgens die insette van die respondente van die Noord-Kaap.

5.9 BEPERKINGE TYDENS DATA-INSAMELING

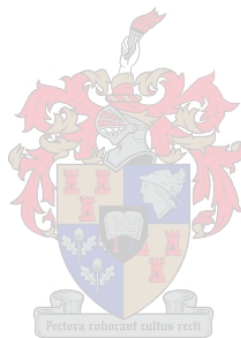
Weens finansiële implikasies het die navorser die loodsstudie nie in die Noord-Kaap gedoen nie, maar in distrikte in die Wes-Kaap wat ooreenstem met die profiel van die Noord-Kaap. Die distrikte moes aan die kriteria van 'n plattelandse gemeenskap voldoen en gesondheidsorgdienste moes in 'n vaste kliniek en deur middel van toegeruste mobiele voertuie gelewer word. Die data van die loodsstudie en die navorsing is deur die navorser self versamel, as gevolg van finansiële beperkinge. Die navorser het al die klinieke besoek wat met 'n sedan voertuig bereik kon word en is klinieke wat per vierwieltrek voertuig bereik moes word, nie besoek om inligting te versamel nie. As gevolg van tydbeperking kon die navorser nie teruggaan na klinieke waar verpleegkundiges met verlof of siekverlof was nie en kon hierdie verpleegkundiges nie aan die navorsing deelneem nie. Die navorser het egter seker gemaak dat gelyke verteenwoordiging van respondente in die verskillende distrikte verkry is en meer respondente is in die navorsing ingesluit as wat die steekproefgrootte moes wees.

5.10 SAMEVATTING

In hoofstuk 5 is 'n beskrywing gegee van die aard en omvang van die metodologiese benadering tot die studie. 'n Gedetailleerde beskrywing van die metodologie is dus verskaf wat die wetenskaplike basis van die navorsing vorm. Die navorser het die paradigma waarbinne hierdie navorsing gedoen is, verduidelik en 'n beskrywing gegee van die navorsingsbenadering wat gebruik is. Die gevallestudie as navorsingsontwerp in hierdie navorsing is gemotiveer en bespreek. Aandag is geskenk aan die steekproefneming, sowel as die dataversamelingstegnieke wat gebruik is in hierdie navorsing. 'n Beskrywing is ook verskaf van die proses wat gevolg is

ten opsigte van die loodsstudies en watter veranderinge aangebring is in die vraelyste en onderhoudskedules.

In hoofstuk 6 word die aanbieding, analise en interpretasie van die data wat versamel is, beskryf.



HOOFSTUK 6

AANBIEDING, ANALISE EN BESPREKING VAN DATA

6.1 INLEIDING

In 1995 het die Nasionale Departement van Gesondheid begin fokus op primêre gesondheidsorgdienslewering om sodoende gelyke toegang van gesondheidsorgdienste vir alle lede van die gemeenskap te verseker. Hierdie dienste moes bevorderende-, voorkomende- en kuratiewe sorg insluit en moes deur verpleegkundiges werksaam in klinieke en gemeenskapsgesondheidsorgsentrums gelewer word. Aangesien die opleiding van verpleegkundiges tans nie voorsiening maak vir primêre gesondheidsorgdienslewering nie, is verpleegkundiges genoodsaak om 'n addisionele kwalifikasie in kliniese verpleegkunde te verwerf om hierdie dienste te lewer.

Soos reeds in hoofstuk 1 genoem, het die Nasionale Departement van Gesondheid die inisiatief geneem en programme ingestel om gespesialiseerde opleiding om PGS te kan lewer aan geregistreerde verpleegkundiges te bied. Verskeie opvoedkundige instansies het ook begin om formele en informele programme aan te bied om aan die nuwe uitdagings van die verpleegprofessie te voldoen. Alhoewel die basiese inhoud en vereistes deur die beroepsraad vasgelê is, het die aanbiedingswyses, koste, duur en tipe kwalifikasie wat toegeken is, aansienlik verskil. Daar was egter geen eenvormigheid ten opsigte van die programme nie, nog is daar enige wetenskaplik-gefundeerde pogings aangewend om te bepaal of hierdie programme aan die behoeftes van die student of die gemeenskap voldoen.

Verskeie opleidingsprogramme in die diagnosering, behandeling en sorg van pasiënte is beskikbaar, maar te min verpleegkundiges word opgelei om in die behoeftes van die gemeenskap en veral die plattelandse gemeenskap, te voorsien. Praktykservaring en verslae van die Nasionale Departement van Gesondheid toon duidelik dat daar 'n tekort aan kliniese verpleegpraktisyns bestaan. Soos reeds in Tabel 1.1 aangedui en volgens Strasser (1999:8) was die aantal verpleegkundiges wat op na-basiese vlak in 1998 per provinsie in primêre gesondheidsorg, as volg:

TABEL 6.1: Aantal klinieke en beskikbare opgeleide kliniese verpleegpraktisyne

Provinsie	Klinieke met ten minste een primêre gesondheidsorg verpleegkundige	Aantal klinieke
Oos-Kaap	0	66
Limpopo	11	45
Gauteng	12	16
Wes-Kaap	27	32
Noord-Kaap	0	9
KwaZulu-Natal	21	31
Vrystaat	7	28
Mpumalanga	6	24
Noordwes	14	28

Uit Tabel 6.1 is dit duidelik dat die Noord- en Oos-Kaap provinsies geen kliniese verpleegpraktisyne in hul klinieke gehad het nie, terwyl Limpopo, Vrystaat en Mpumalanga die laagste proporsie van klinieke met kliniese verpleegpraktisyne toegerus was. Wanneer die provinsiale situasie ontleed word, blyk daar beduidende verskille te wees tussen provinsies. Die Wes-Kaap het reeds 85% van hul klinieke toegerus met verpleegkundiges wat opgelei is in primêre gesondheidsorg. Die vraag het ontstaan waarom daar sulke verskille tussen provinsies bestaan, en die een oorsaak wat duidelik kristalliseer, is die aard van die opleiding en die toeganklikheid van opleiding.

Die doel van hierdie navorsing was om 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyne te ontwerp wat aan hul behoeftes voldoen. In hoofstukke 1, 2, 3 en 4 is 'n oorsig oor die navorsing en literatuurstudie gegee ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne in Suid-Afrika en internasionaal, en in hoofstuk 5 is die navorsingsmetodologie wat as wetenskaplike raamwerk vir die navorsing gedien het, breedvoerig bespreek. In hoofstuk 6 word die aanbieding, analise en bespreking van data gedoen wat tydens onderhoude en met behulp van vraelyste versamel is. Kwantitatiewe data is in samewerking met die statistikus van die Sentrum vir Statistiese Konsultasie van die Universiteit van Stellenbosch verwerk deur middel van Statistica 7.0. Kwalitatiewe data is ontleed aan die hand van Tesch se model soos beskryf in hoofstuk 5, paragraaf 5.8. Die data wat aangebied word, is verkry vanuit die 95 voltooide vraelyste van verpleegkundiges wat reeds oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik, 112 onderhoude wat met verpleegkundiges gevoer is wat nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie en die inligting wat ingesamel is tydens die onderhoude met die vyf toesighouers van die verskillende streke in die Noord-Kaap. Om die data wat ingesamel is in 'n logiese wyse aan te bied, is dit eerstens noodsaaklik om die demografiese besonderhede te

verskaf van die respondente wat aan die navorsing deelgeneem het, tweedens om die dispoisie van die student en diensverskaffer in terme van primêre gesondheidsorgdienslewering in die Noord-Kaap te bespreek, derdens om die opleidingsbehoefte wat geïdentifiseer is ten opsigte van primêre gesondheidsorg opleiding in die Noord-Kaap te bespreek en vierdens om die beleid van die Provinsiale Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap ten opsigte van primêre gesondheidsorg opleiding te bespreek. Tabelle en figure is meestal gebruik om data duidelik en verstaanbaar weer te gee.

6.2 DEMOGRAFIESE BESONDERHEDE VAN RESPONDENTE

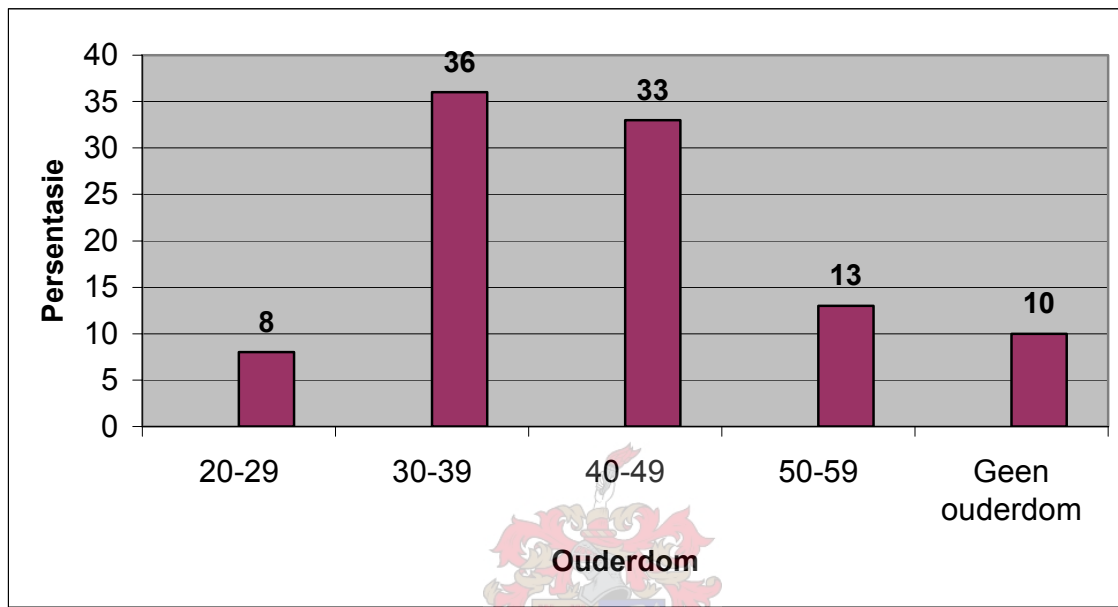
’n Vraelys (Bylae C: Afdeling A, Vraag 1-10) en semi-gestruktureerde vraeboë (Bylae D1: Vraag 1-3, Bylae D2: Vraag 4) is ontwerp om die fisiese omstandighede en opleidingsbehoefte van verpleegkundiges op die Noord-Kaapse platteland vas te stel ten opsigte van primêre gesondheidsorg opleiding. Die navorser het besluit om die navorsing op die platteland van die Noord-Kaap te doen, aangesien 62% (769) van verpleegkundiges in Suid-Afrika wat oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik het in 1998 in die stedelike gebiede gewoon het. Die rede hiervoor aangevoer, is volgens Strasser (1998: 6), dat opleidingsinstansies hoofsaaklik in stede geleë is. Demografiese veranderlikes wat bespreek word sluit die respondente se geslag, ouderdom en kwalifikasies in. Van die 212 respondente wat gedurende Mei tot Julie 2005 aan hierdie navorsing deelgeneem het was slegs vyf respondente manlik. Dit is algemeen bekend dat die Verpleegprofessie deur vroue gedomineer word en hierdie persepsie word bevestig met hierdie navorsing. Volgens Strasser (1998:6) se verslag wat in die *South African Health Review* 1998 gepubliseer is oor die behoefte aan kliniese verpleegpraktisyns, is aangedui dat van die 1366 kliniese verpleegpraktisyns wat aan die studie deelgeneem het, slegs 4% (54) manlik was. In die Suid-Afrikaanse bevolking word vroue as die algemene versorger van die gesin beskou. Vroue begin toenemend ’n groter rol speel in die generering van inkomste vir die gesin en is in baie huishoudings die hoofbron vir die generering van inkomste. Met die ontwikkeling van ’n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns, is dit belangrik om in gedagte te hou dat verpleegkunde ’n vroue-dominante professie is en dit bydra tot eiesoortige verantwoordelikhede, soos gesinsverantwoordelikhede wat hul verhoed om ver van hul woonplek te studeer. Die geslagverspreiding in hierdie navorsing word in Tabel 6.2 aangedui.

TABEL 6.2: Geslagsverspreiding van respondente (n=212)

Geslag	Persentasie van respondente (%)
Manlik	2
Vroulik	98

Met die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns, is dit belangrik om in gedagte te hou dat met volwassenes gewerk word. Dit is volgens Bowden en Merritt (1995:21) belangrik om volwasse studente se ouderdom in ag te neem aangesien hulle oor 'n groot hoeveelheid ervaring beskik wat in die onderrig-situasie gebruik kan word.

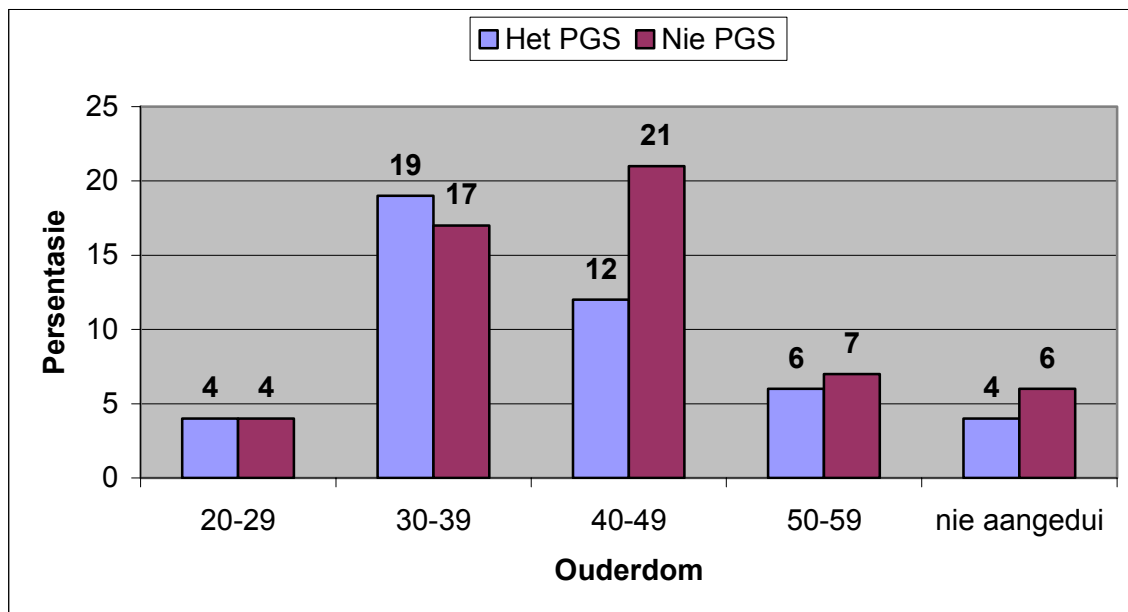
In Figuur 6.1 word die ouderdomsverspreiding van die respondente wat aan die navorsing deelgeneem het, aangedui.



FIGUUR 6.1: Ouderdomsverspreiding van respondente (n=212)

In Figuur 6.1 is aangedui dat 68% (144) van die respondente tussen 30 en 50 jaar oud is en dus 'n minimum van agt jaar werkservaring het. Hierdie werkservaring word in ag geneem en gebruik in die beplanning van studie-uitkomst en assesseringsmetodes in 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk.

Die navorser wou ook bepaal wat die ouderdomsverspreiding van die verpleegkundiges sonder die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde is, sodat die minimum aantal diensjare bepaal kan word. Hoe meer diensjare die verpleegkundiges oor het in die gemeenskap voor aftrede, hoe groter die behoefte en noodsaaklikheid om opleiding te ontvang om as kliniese verpleegkundige te praktiseer. In Figuur 6.2 word aangedui wat die ouderdomsverspreiding van die respondente in hierdie navorsing was en word daar 'n onderskeid gemaak tussen verpleegkundiges wat reeds oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik en diegene daarsonder.



FIGUUR 6.2: Ouderdomsverspreiding van respondente met die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde en daarsonder (n=212)

Van die 90% (191) respondente wat wel hul ouderdom aangedui het tydens die navorsing, het 49% (94) verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap aangedui dat hulle nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie, soos aangedui in Figuur 6.2. In hierdie navorsing het 42% (80) van die respondente in die ouderdomsgroep 20-49 geval en hierdie respondente het nog tussen 20 en 40 diensjare voor aftrede oor, waarin hulle ekonomies aktief kan wees in hul gemeenskappe en as kliniese verpleegpraktisyns kan praktiseer. Die redes wat die respondente aangevoer het waarom hulle nog nie oor die kwalifikasie beskik nie, word in Tabel 6.3 beskryf. Die tabel is volgens Tesch se model in De Vos (1998:343) opgestel waar die navorser deur al die opsommings van die onderhoude geles het en sentrale gedagtes en kerntemas geïdentifiseer en beskryf het. Die spesifieke stappe van bogenoemde benadering is die volgende:

- die navorser moet al die transkripsies deurlees om 'n geheelbeeld te vorm en dan die sentrale gedagtes neer te skryf;
- die navorser begin dan met die eerste onderhoud. Die vraag word nou gevra “waaroor dit alles gaan” met inagneming van die inligting wat reeds verkry is. Die nuwe gedagtes word nou aangeteken;
- al die respondente se onderhoude word opgesom en temas geformuleer. Ooreenstemmende temas word saamgevoeg en gesorteer in kolomme met hooftemas, unieke temas en oortollige temas;

- die navorser neem dan die lys en gaan terug na die data, kodeer die temas en merk dan die teks met die kode van die tema. Dit word gedoen om te verseker dat nuwe kategorieë nie dalk ontstaan het wat oorgesien is nie;
- die navorser vind nou beskrywende woorde vir die temas en kategoriseer die temas. Die totale lys van kategorieë word nou verminder deur die temas wat ooreenstem saam te voeg;
- die navorser neem 'n finale besluit ten opsigte van die afkortings van elke kategorie en skryf die kodes alfabeties neer;
- die data-materiaal wat aan elke kategorie behoort, word neergeskryf; en
- die navorser herkodeer bestaande data indien dit nodig blyk te wees.

Bogenoemde metode word in Tabel 6.3 toegepas en die response van die respondente ten opsigte van die redes waarom hulle nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie, word volgens temas gegroepeer.

TABEL 6.3: Redes waarom nog nie kwalifikasie in kliniese verpleegkunde het nie

Sentrale tema	Sub tema	Respons	Respondente
Individu:	Afstand	<ul style="list-style-type: none"> ■ Moet vir prakties Kimberley toe ry, dit is baie ver. ■ Kan nie so ver ry om klasse by te woon nie. ■ Afstande na die opleidingsinstansie is baie ver om in een dag te ry. 	n=8
	Gesinsverantwoordelikhede	<ul style="list-style-type: none"> ■ Het gesinsverpligtinge wat moet nakom, kan hulle nie vir 'n week op 'n slag alleen los nie. ■ My kinders is te klein. ■ Persoonlike redes. ■ Het nie tyd vir studies as ek saans tuis kom nie. 	n=9
	Finansiële redes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kan nie die klasgelde bekostig nie. ■ Kan nie vervoer bekostig Kimberley toe nie en moet dan ook nog vir klasgelde en verblyf betaal. ■ Dit is net te duur om self vir jou klasse, verblyf en vervoer te betaal. ■ Ek is die broodwinner en kan nie nou vir die opleiding gaan nie. 	n=18
	Geen geleentheid	<ul style="list-style-type: none"> ■ Daar is net nie geleentheid in my huidige werksituasie nie. ■ Ek moet Kimberley toe gaan en is die geleentheid nie nou geskik. 	n=8

Sentrale tema	Sub tema	Respons	Respondente
	Ander programme	<ul style="list-style-type: none"> Moet eers verloskunde doen voordat ek primêre gesondheidsorg kan doen. Het nou eers oorbruggingskursus gedoen en sal dan gaan vir primêre gesondheidsorg. 	n=18
	Gebrek aan belangstelling/ motivering	<ul style="list-style-type: none"> Ek stel nie belang om dit te doen nie, moet te ver reis. Het aansoek gedoen, maar is toegang geweier, sonder om redes te verskaf. Kan nie die nut sien, ek werk al so lank, sonder die kwalifikasie. Is nou al te oud om verder te studeer 	n=8
Werkgewer:	Personeeltekort	<ul style="list-style-type: none"> Werk al vir vier jaar alleen in die kliniek. Hier is nie aflos -personeel beskikbaar nie, werk alleen in kliniek. Werk situasie laat dit net nie toe. Te min personeel in kliniek. Baie vakante poste wat nog nie gevul is nie. Verdere opleiding is nie 'n prioriteit vir my werkgewer nie. 	n=23
Opleidings- instansie:	Geen opleiding	<ul style="list-style-type: none"> Die opleiding vir kliniese verpleegpraktisyne is in Kimberley gestaak. Geen mentors meer in Kimberley beskikbaar nie. Die staat bied nie meer die opleiding aan nie en wil ook nie meer betaal vir opleiding nie. 	n=11
	Program ontoeganklik/ ongeorganiseerd	<ul style="list-style-type: none"> Wil al afgelope drie jaar studeer, doen aansoek, kry geen terugvoer. Program is deurmekaar, studente daag vir lesings op, dan is daar nie dosente. Dosente het min praktykondervinding en weet minder as die studente wat al jare in die praktyk werk. Sal wil studeer, maar daar is nie dosente, dit is ver om te ry en verblyf is 'n probleem. 	n=9

Uit die onderhoude en vraelyste blyk dit dat die respondente 'n positiewe houding het ten opsigte van die verwerwing van die kwalifikasie in primêre gesondheidsorg en slegs drie respondente het aangedui dat hulle te oud is om verder te studeer en liever wil aftree.

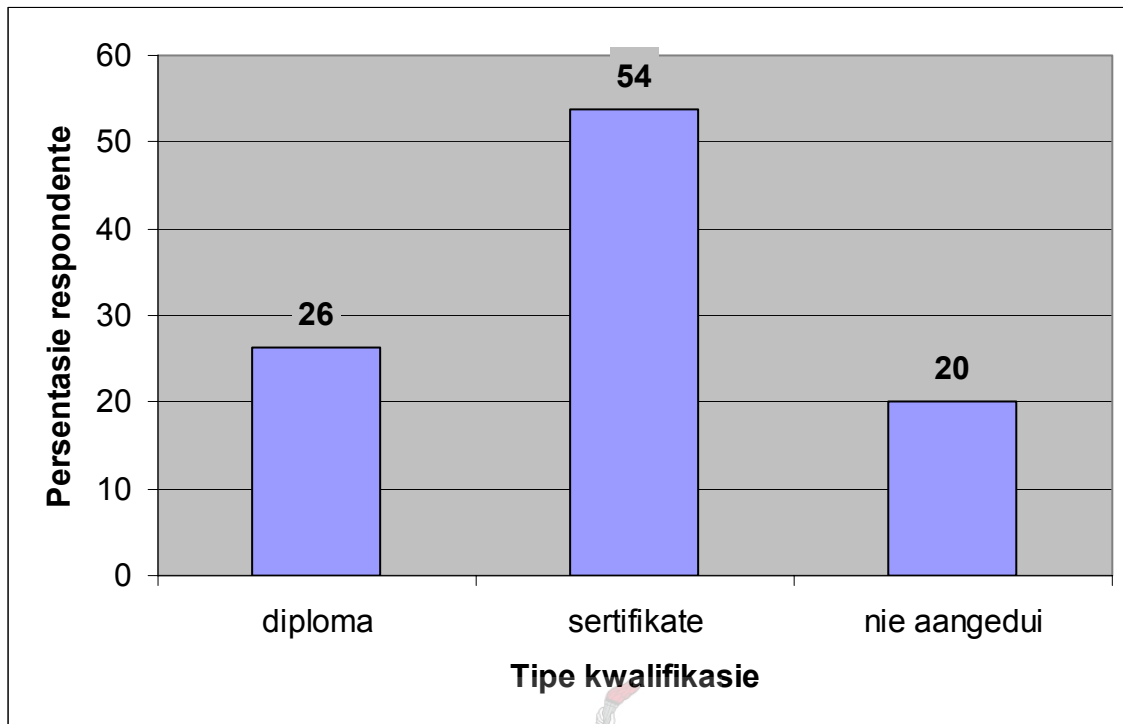
Verskeie aspekte rondom die student het 'n beduidende impak op die student se besluit om te studeer, maar ook die sukses wat die student sal behaal en tot watter mate leer doeltreffend sal plaasvind. Een van hierdie aspekte is die ouderdom van die student en Bowden en Merrit (1995:21) beklemtoon die belang van die skep van 'n leer-omgewing wat die behoeftes van die volwasse student sal aanspreek. Omdat die fasiliteerder met volwasse studente werk en met studente van verskillende ouderdomme in een klas, moet daar van verskeie onderrigmetodes gebruik gemaak word.

Die laaste demografiese veranderlike wat in hierdie navorsing bespreek word is die kwalifikasies waarvoor die kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaap beskik. Volgens 'n opname van alle kurrikulums vir kliniese verpleegopleiding wat in 1998 deur Strasser (1998:6) gedoen is, is aangedui dat programme se duur wissel tussen ses maande tot agtien maande. Programme wat aangebied word lei tot die verwerwing van 'n sertifikaat of 'n diploma in kliniese verpleegkunde. Beide kwalifikasies voldoen aan die minimum vereistes wat deur die SARV gestel word (Bylae A). Die sertifikaatprogramme wat gewoonlik ses maande en korter duur berei die verpleegkundige voor vir die diagnosering, behandeling en verwysing van die pasiënt. Diploma programme wat 'n jaar of langer duur berei die verpleegkundige voor om 'n meer omvattende gesondheidsorgdiens te lewer en die programme sluit, kommunikasievaardighede, onderhoudsvaardighede, navorsing, interpretasie van basiese statistiese verslae, probleem-oplossingsvaardighede en fisiese assesseringsvaardighede in. Tradisionele onderrigstrategieë soos lesings, groepbesprekings en demonstrasies word hoofsaaklik gebruik (Strasser, 1998).

Die navorser wou vasstel oor watter tipe kwalifikasie die kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaap beskik, aangesien dit 'n effek kan hê op hul insette ten opsigte van die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir die Noord-Kaap. Die 95 respondente wat die vraelyste voltooi het, het almal oor 'n kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik. Die meeste verpleegkundiges in die Noord-Kaap is gedurende die periode 1996 tot 2000 opgelei om as kliniese verpleegpraktisyns te praktiseer. Tydens hierdie periode is 61 verpleegkundiges opgelei in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg.

In Figuur 6.3 word aangedui dat 54% (51) van respondente 'n sertifikaatprogram voltooi het en slegs 26% (25) 'n diploma in kliniese verpleegkunde. Die rede hiervoor blyk te wees dat 'n sertifikaatprogram korter duur en meer verpleegkundiges kon in 'n korter periode opgelei word in kliniese verpleegkunde. In die Noord-Kaap is steeds slegs 'n Verpleegkollege in Kimberley wat

die sertifikaatprogram kan aanbied en gevolglik moet verpleegkundiges na Bloemfontein reis om 'n diplomaprogram te volg.



FIGUUR 6.3: Kwalifikasies in Kliniese Verpleegkunde (n=95)

Soos aangedui in hoofstuk 1 is die duur van 'n sertifikaatprogram korter as 'n diplomaprogram. Voordat tersiêre instellings betrokke geraak het by die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in primêre gesondheidsorg, was die Departement van Gesondheid hoofsaaklik verantwoordelik vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns. Die Departement van Gesondheid is nie by die SAVR geakkrediteer om diplomas aan te bied nie en verpleegkundiges moes tevrede wees met 'n sertifikaat. Sedertdien bied tersiêre instellings 'n diploma aan en bied hierdie kwalifikasie verskeie akademiese moontlikhede vir studente. Alhoewel 'n sertifikaatprogram beteken dat 'n persoon gouer oor die vaardighede beskik om 'n toepaslike diens te kan lewer, het 'n diplomaprogram meer akademiese waarde. In terme van die Nasionale Kwalifikasiebeleid van SAKO, word 'n diplomaprogram op 'n vlak 5 geplaas, terwyl 'n sertifikaatprogram op vlak 4 is (Van Rooyen en Prinsloo, 2003:5). Die diplomaprogram artikuleer ook direk met die verdere vlakke sodat dit uiteindelik vir die persoon meer moontlikhede bied om akademies te ontwikkel. Wanneer studente die diploma in kliniese verpleegkunde aan die Universiteit van Stellenbosch suksesvol voltooi, kry hul toelating om in te skryf vir die meestersgraadprogram in verpleegkunde. Dit wil voorkom asof Die Departement van Gesondheid ook toenemend die belang insien van die ontwikkelingswaarde wat 'n diploma bied in vergelyking met 'n sertifikaat en belangstel om in vennootskap met tersiêre onderwysinstellings te tree ten einde

verpleegkundiges toe te rus met 'n diploma-kwalifikasie en die sertifikaatprogramme uit te faseer. Op 4 April 2006 het die Departement van Gesondheid in die Wes-Kaap alle tersiêre instellings genooi om 'n voordrag te lewer oor diplomaprogramme wat in die Wes-Kaap aangebied word in kliniese verpleegkunde. Dit blyk dat die behoefte bestaan om slegs diplomaprogramme aan te bied in kliniese verpleegkunde aangesien dit verpleegkundiges toerus met omvattende kennis om 'n pasiënt te behandel. Dit blyk dus noodsaaklik te wees dat 'n diplomaprogram ontwikkel word vir opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaap, om by die veranderende tendense in te pas wat tans op nasionale vlak in verpleegonderwys plaasvind. Die respondente wat nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie, het aangedui dat hulle graag 'n diploma program wil volg.

Die omstandighede van die student verwys na aspekte wat impakteer op die leerervaring van die student en sluit die student se werksituasie, toegang tot tegnologie, familieverpligtinge en geografiese ligging in. In hierdie navorsing word met volwasse studente gewerk en dit is noodsaaklik dat die faktore wat impakteer op die leerervaring in ag geneem word wanneer onderrig vir volwasse studente beplan word. Vervolgens word die omstandighede en behoeftes van die verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap bespreek.

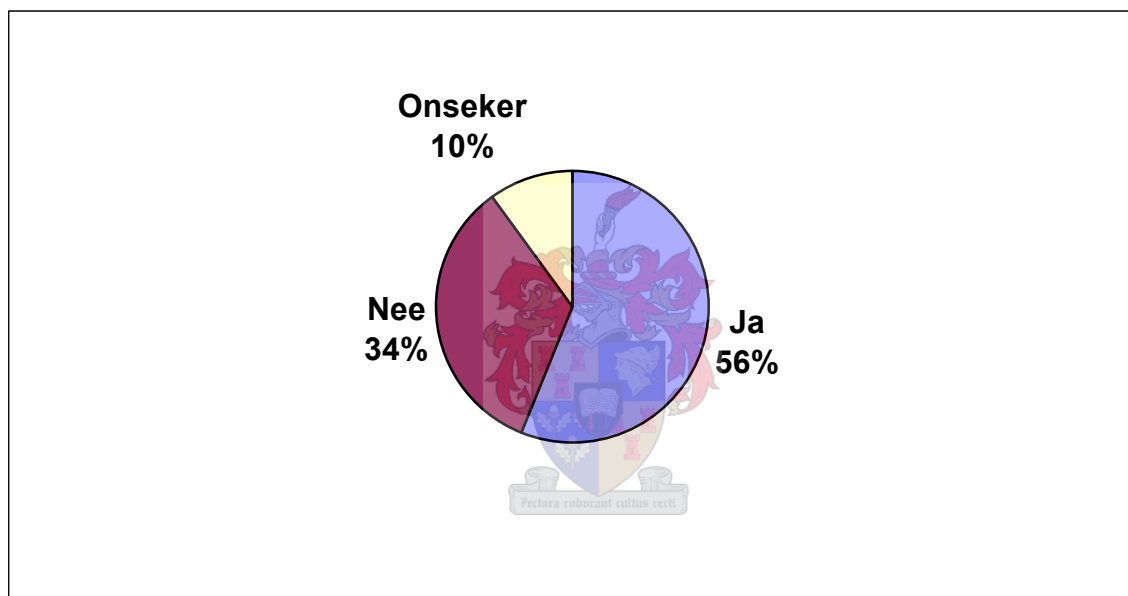
6.3 BEHOEFTE VAN VERPLEEGKUNDIGES OP DIE PLATTELAND VAN DIE NOORD-KAAP

(Vraelys, Afdeling B: Vraag 1-25; Vraeboog, Verpleegkundiges sonder primêre gesondheidsorg: Vraag 4-13 en Toesighouers: Vraag 2-5)

Verpleegkundiges is volwassenes met veelvoudige rolle en verantwoordelikhede. Soos reeds in paragraaf 6.2.1 genoem, is die meeste verpleegkundiges in die Noord-Kaap vroulik en het gesinne om na om te sien. Uit die literatuur blyk dit dat verpleegkundiges moeilik vrygestel word van hul werksverpligtinge om hulself te kwalifiseer in kliniese verpleegkunde. Gesondheidsorgdienste word oorlaai met groot getalle pasiënte wat per dag hanteer moet word en personeeltekorte kom algemeen voor (Strasser, 1998). Dit is daarom vir die navorser noodsaaklik om te bepaal wat die verantwoordelikhede en behoeftes van die verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap is en na aanleiding van hierdie behoeftes 'n opleidingsraamwerk te ontwikkel wat in hul behoeftes voorsien. Volgens Cantor (1995:1) moet vasgestel word wat die studente se werksituasie, toegang tot tegnologie, gesinsverpligtinge en geografiese ligging is, aangesien hierdie aspekte 'n effek het op die leerervaring. Vervolgens word hierdie aspekte bespreek soos deur die respondente weergegee.

6.3.1 Werksituasie van respondente

Veranderinge in primêre gesondheidsorgdienste vereis dat verpleegkundiges wat in klinieke werksaam is, voorkomende, bevorderende en kuratiewe sorg aan pasiënte moet lewer. Verpleegkundiges in klinieke moet diens lewer aan pasiënte met kroniese siektes soos diabetes, hipertensie, tuberkulose en pasiënte met MIV/VIGS, terwyl voorkomende dienste soos kinder-immunisering ook gedoen moet word. Groot druk word dus op verpleegkundiges geplaas om omvattende dienste te lewer. Om hierdie omvattende dienste te lewer, vereis verdere opleiding van die verpleegkundiges. Die navorser het ten doel om te bepaal of die huidige werksituasie dit vir kliniese verpleegpraktisyns moontlik maak om verder te studeer. Figuur 6.4 dui die response van die respondente aan ten opsigte van hul persepsie of hul huidige werksituasie dit vir hul moontlik maak om verder te studeer.



FIGUUR 6.4: Respondente se persepsie of hulle werksituasie verdere studie moontlik maak (n=212)

Dit is insiggewend dat 56% (119) respondente aangedui het dat hul werksituasie verdere studie moontlik maak. Die 34% (72) respondente wat aangedui het dat hul werksituasie dit nie moontlik maak om verder te studeer nie, se redes was hoofsaaklik dat:

- daar geen aflos- personeel beskikbaar is om hul dienste voort te sit terwyl hulle weg is vir opleiding nie;
- daar te min personeel is;
- groot afstande afgelê moet word om programme te volg;
- hulle kinders tuis het wat versorg moet word;

- geen erkenning of bevordering vir addisionele kwalifikasies verkry word nie; en
- hul werkslading te hoog is.

Bogenoemde redes stem ooreen met die bevindinge van Strasser (1998:7) dat geen insentiewe vir kliniese verpleegpraktisyns beskikbaar is, na voltooiing van die program in kliniese verpleegkunde nie. Indien verpleegkundiges nie opgelei word om omvattende dienste te lewer nie, kan dit lei tot onveilige verpleegpraktyke en kan pasiënte se lewens in gevaar wees. Dit is dus vir die navorser noodsaaklik om te bepaal of die verpleegkundiges op die platteland ten gunste is van die verwerwing van 'n kwalifikasie in kliniese verpleegkunde, ten spyte van hul hoë werkslading. In Tabel 6.4 word die redes verskaf waarom verpleegkundiges van die Noord-Kaap graag oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde wil beskik. Die resultate word aangebied volgens Tesch se model in De Vos (1998:343) soos reeds in paragraaf 6.2 bespreek. Slegs sewe van die respondente het aangedui dat hulle nie belangstel in die verkryging van die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde nie, aangesien hulle binnekort aftree.

TABEL 6.4: Redes waarom respondente graag die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde wil verwerf en waarom die kliniese verpleegpraktisyns wel oor die kwalifikasie beskik (n=205)

Sentrale tema	Sub tema	Respons	Respondente
Individueel:	Professionele ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wil myself ontwikkel en nuwe uitdagings wat die werk bied, aanneem. ■ Het lank gelede 'n kursus gedoen en wil vooruitgaan. ■ Wil myself bemagtig en pasiënte met selfvertroue hanteer. 	n=32
	Kennis verbeter	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ek wil graag my kennis verbreed. ■ Kennis verroes en het ek nie voldoende teoretiese kennis nie. ■ Doen baie prakties, maar kennis van teorie ontbreek. ■ Het 'n behoefte om meer te weet van hantering van nuwe siektes, kry min geleentheid vir onderrig in die Noord-Kaap. ■ Wil meer leer oor medikasie sodat ek die korrekte medisyne kan uitgee. 	n=72

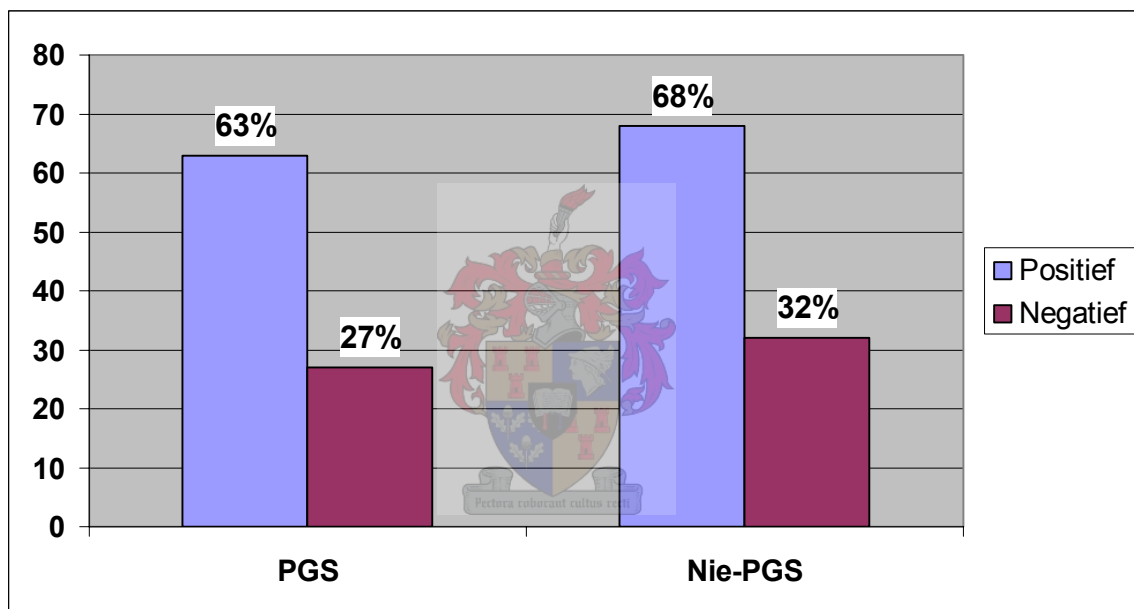
Sentrale tema	Sub tema	Respons	Respondente
	Beter pasiëntsorg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die primêre gesondheidsorg kursus help om beter pasiëntsorg te lewer. ▪ Kan kwaliteitsorg aan gemeenskappe gee. ▪ Kan self die pasiënte sien, hoef hulle nie na die dokter te verwys. ▪ Kan met selfvertroue beter diens aan pasiënte gee. 	n=70
Werkgewer:	Posbeskrywing	<ul style="list-style-type: none"> ▪ My werk behels omtrent net die ondersoek van pasiënte en die gee van medikasie. ▪ Ek sien elke dag 'n klomp pasiënte, sonder 'n dokter en moet weet wat ek doen. ▪ Ons moet die dokters se werk doen, want hier is nie dokters nie. ▪ Dokters is stadig om veral na-ure uit te kom na die ongevalle en moet ons verpleegkundiges dan maar die pasiënte hanteer. 	n=24
Departement Gesondheid:	Omvattende Gesondheidsorg-benadering	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nasionale Regeringsvlak vereis dat omvattende gesondheidsorg gelewer moet en daarom het baie van die dienste nou oorgekom na die klinieke wat voorheen by die hospitaal gelewer was. ▪ Wil graag omvattende diens lewer volgens die behoeftes van die mense op die platteland is. ▪ Wanneer 'n primêre gesondheidsorgdiens gelewer word, ontvang pasiënte omvattende gesondheidsorg 	n=7

Uit bogenoemde response blyk dit dat verpleegkundiges se grootste motivering om die primêre gesondheidsorg program te voltooi, is om hul eie kennis te verbeter en om beter sorg aan hulle pasiënte te lewer. Slegs 24 het aangedui dat hulle in elk geval die werk van 'n primêre gesondheidsorg verpleegkundige doen en daarom die program voltooi het of nog wil voltooi. Sewe respondente het aangedui dat hulle die program wil voltooi, omdat die beleid van die Departement van Gesondheid vereis dat omvattende gesondheidsorg aan pasiënte gelewer moet word.

6.3.2 Gesinsverpligtinge

Die volwasse verpleegkunde-student is gewoonlik werkend en moet deelyds verder studeer. Volwasse studente het sekere gesins- en sosiale verantwoordelikhede, wat in ag geneem moet

word, omdat dit die student se professionele onderrig en opleiding beïnvloed. Hierdie verantwoordelikhede kan die student se studies negatief beïnvloed. Volgens Bolan (2003:10) se navorsing wat in die Verenigde State van Amerika gedoen is oor die behoeftes van kliniese verpleegkunde opleiding in die platteland, is bevind dat verpleegkundiges op die platteland nie enige verdere opleiding onderneem nie, as gevolg van die moeilike werksomstandighede en gesinsverantwoordelikhede wat hulle ervaar op die platteland. Residensiële klasbywoning was egter onmoontlik as gevolg van gesinsverpligtinge en die landelike aard van die provinsie. Dit is dus vir die navorser belangrik om vas te stel wat die invloed van primêre gesondheidsorg opleiding op studente se gesinsverpligtinge is. In Figuur 6.5 word die invloed van verdere studies op die respondente se gesinsverpligtinge voorgestel soos verkry uit die vraelyste en semi-gestruktureerde onderhoude.



FIGUUR 6.5: Invloed van verdere studies op gesinsverpligtinge (n=207)

Dit is insiggewend en tog ook vreemd om te sien dat in figuur 6.5 aangedui word dat verdere studies 'n positiewe effek op gesinsverpligtinge het. Vir beide die groepe verpleegkundiges wat reeds oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik en diegene daarsonder is bevind dat meer as 60% (124) aangedui het dat dit 'n positiewe effek sal hê aangesien hulle die kundigheid op hulle gesinslede sal kan toepas en dat die gesin baie trots op hulle sal wees. Die respondente se houdings (positief/ negatief) word nie betekenisvol beïnvloed deur hul kwalifikasies nie. (Die waarde van die maksimum aanneemlike Chi-kwadraat statistiek was 0.088 met 1 vryheidsgraad en p-waarde $p=0.766$. Dit sou betekenisvol beïnvloed wees as die p-waarde kleiner as 0.05 sou wees.)

Die redes wat die respondente aangevoer het dat opleiding van kliniese verpleegkunde 'n negatiewe effek op hul gesinsverpligtinge gehad het en dalk sal kan hê is dat;

- die opleiding ver van die huis aangebied word;
- hulle kan nie die gesin alleen los nie;
- die program 'n finansiële las op die gesin plaas, aangesien reiskoste en verblyfkoste verhoog met die volg van die program in Kimberley;
- hul kinders negatief beïnvloed word wanneer hulle vir lang periodes van die huis moet weggaan om opleiding in Kimberley te ondergaan; en
- die opleiding veeleisend en tydrowend is.

Hierdie negatiewe effek wat opleiding op gesinsverpligting het kan nie geïgnoreer word nie, aangesien dit met navorsing bewys is dat verpleegkundiges as volwasse studente hierdie uitdaging het om gesinsverpligtinge, werksverantwoordelikhede en verdere opleiding moet oorkom.

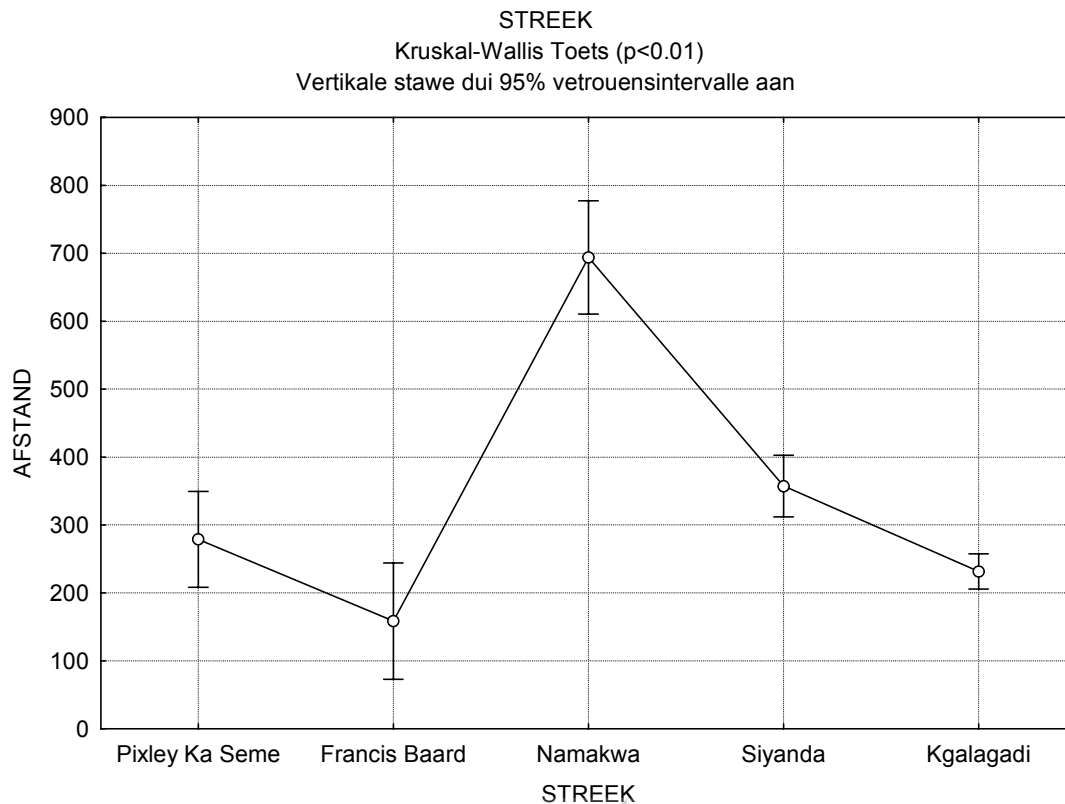
'n Verdere uitdaging wat verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap moet oorkom, is die geografiese ligging van die opleidingsinstansie. In paragraaf 6.3.3 word die invloed van geografiese ligging op verdere opleiding vir verpleegkundiges op die platteland van die Noord-Kaap bespreek.

6.3.3 Geografiese ligging

'n Persoon wat baie ver moet reis om opleiding of onderrig te ontvang, moet dikwels vir langer periodes van die werksplek en huis weg wees. Van die 55 respondente van die Namakwastreek was gemiddeld 738 kilometer vanaf die naaste onderriginstansie woonagtig en werksaam. Soos reeds in paragraaf 6.3.2 aangedui is, het die afstande wat studente moet reis om klasse by te woon, 'n invloed op die gewilligheid van die student om verder te studeer en 'n effek op gesinsverpligtinge.

Die navorser het die vraag in die vraelyste en semi-gestruktureerde onderhoude gestel om te bepaal hoe ver die respondente van die naaste opleidingsinstansie is, sodat kan bepaal word of afstande wel 'n invloed op die studies van verpleegkundiges in die Noord-Kaap het.

In Figuur 6.6 word 'n voorstelling gegee van die gemiddelde afstande per streek wat die respondente moet aflê indien hulle opleiding by die Verpleegkollege in Kimberley moet ondergaan. Aangesien die afstande nie normaal verdeeld is nie, is die hipotese van gelyke gemiddelde afstande ("ewe ver") getoets met 'n Kruskal-Wallis toets wat 'n p-waarde kleiner as 0.01 gelewer het en daarop dui dat die gemiddelde afstande beduidend verskil.



FIGUUR 6.6: Gemiddelde afstande van die verskillende streke in die Noord-Kaap na die opleidingsinstansie in Kimberley (n=212)

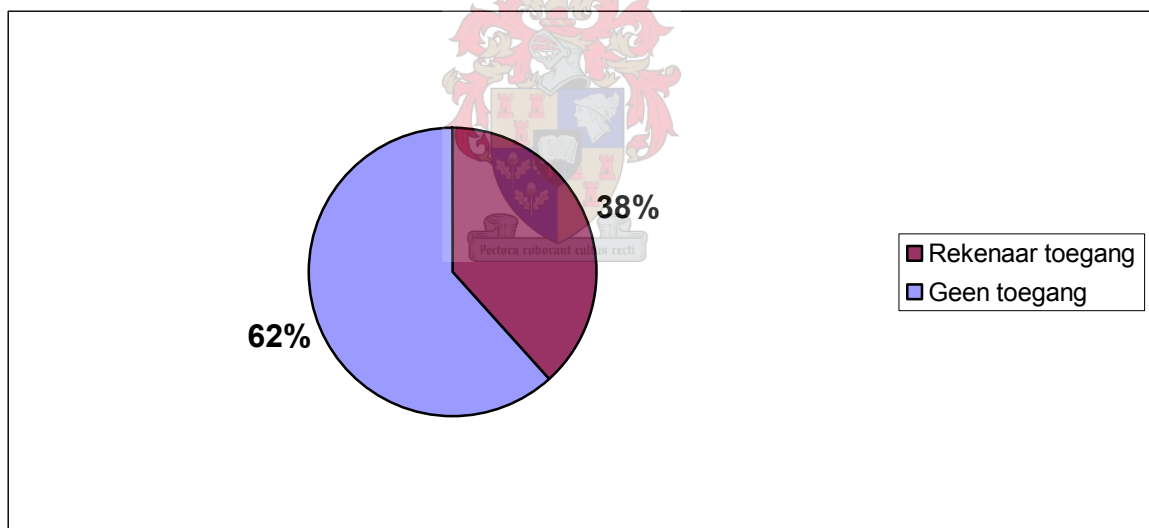
Volgens Strachan (2001:8) het die uitgestrekte landskap en skaars hulpbronne ten opsigte van gesondheidsorgwerkers reeds aanleiding gegee daartoe dat tele-medisyne geïmplementeer is om fasiliteite en diensverskaffers met mekaar in aanraking te bring. Hierdie fasiliteite is egter in die Francis Baard en Kgalagadi streke opgerig, wat die twee streke is wat die naaste aan die opleidingskollege in Kimberley is. Die tele-medisynesentrums wat in Kuruman en Kimberley opgerig is, maak tans nog net voorsiening vir sonar fasiliteite in 'n poging om die hoë sterftes onder swanger vroue te verlaag. Die moontlikheid vir uitbreiding na ander spesialis-areas bestaan en Strachan (2001:8) beveel aan dat hierdie medium vir onderrig in die Noord-Kaap aangewend kan word wanneer die tele-medisyne fasiliteite verbind word met tersiêre instellings soos die Universiteit van die Vrystaat. Hierdie medium van onderrig kan dus opgeneem word in die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyne om sodoende die groot afstande te oorkom wat studente moet aflê vir onderrig in die Noord-Kaap.

Uit die literatuur blyk dit dus dat daar reeds 'n neiging in die Noord-Kaap is om van rekenaartegnologie gebruik te maak in gesondheidsorgdienste. Die navorser het ondersoek ingestel om te bepaal watter toegang verpleegkundiges tot rekenaars het en in paragraaf 6.3.4 word die gebruik van rekenaars in verpleegkunde in die Noord-Kaap bespreek.

6.3.4 Toeganklikheid tot rekenaartegnologie

(Vraelys: Afdeling C: Vraag 1-5; Vraeboog, Verpleegkundiges sonder primêre gesondheidsorg; Vraag 16-19; Toesighouers: Vraag 6)

Soos genoem in paragraaf 6.3.3 is daar vordering gemaak met die gebruik van tegnologie in die Noord-Kaapse platteland om die probleem van afstande in gesondheidsorgdienste te oorkom. Volgens navorsing wat deur Marrow, Hollyoake, Hamer en Kenrick (2002:275) in Noord-Lancashire in Europa gedoen is oor die gebruik van videokonferensiefasiliteite vir kliniese toesighouding van verpleegkundiges is bevind dat die verpleegkundiges meer selfvertroue en insig verwerf het met die gebruik van hierdie tegnologie in hul afgesonderde werksomstandighede. Gemengde gevoelens is ervaar oor die ondersteuning van bestuur wat gelewer is tydens die studie. Dit is vir die navorser belangrik om verskeie metodes van onderrig te ondersoek vir gebruik in die Noord-Kaap en daarom is die vraag aan die respondente gevra watter toegang hulle tot rekenaartegnologie het en wat hulle persepsie is ten opsigte van die gebruik van rekenaartegnologie in die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns. Figuur 6.7 dui die toeganklikheid van respondente tot rekenaars in die Noord-Kaap aan.

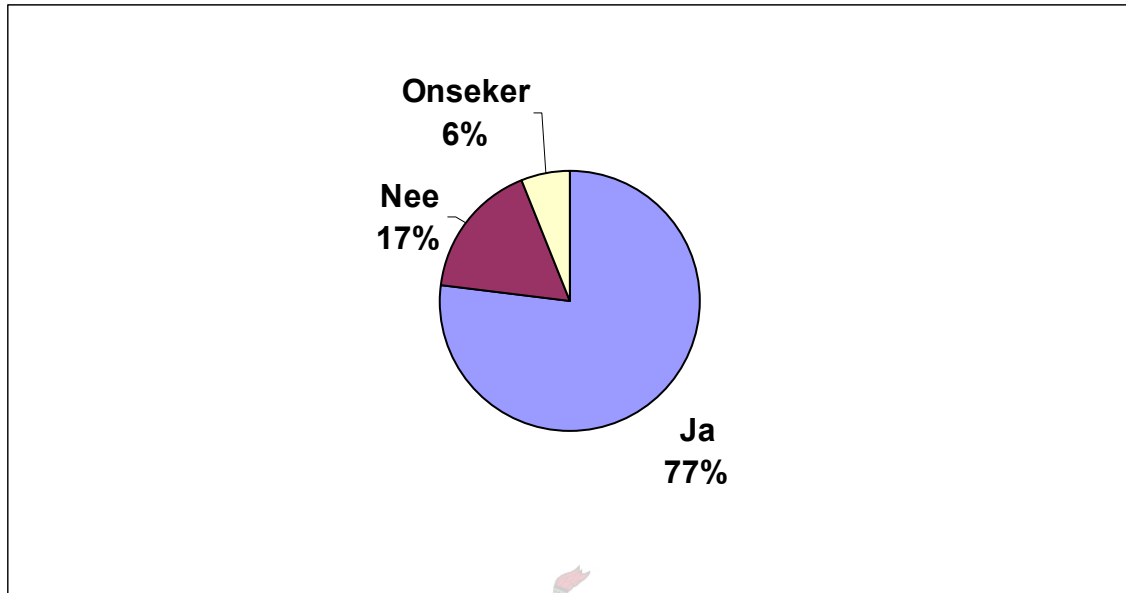


FIGUUR 6.7: Toeganklikheid van verpleegkundiges tot rekenaartegnologie (n=212)

Slegs 38% (80) respondente het toegang tot rekenaars gehad tydens die data-insamelingsproses van hierdie navorsing. Hierdie toegang was hoofsaaklik in die werksplek waar die gebruik van rekenaars hoofsaaklik aangewend word vir die daaglikse byhou van statistiek. Die respondente het geen toegang tot die internet in die werksplek nie.

Aangesien 'n groot verskeidenheid literatuur gevind is oor die gebruik van tegnologie in die onderrig van verpleegkundiges, was die navorser genoodsaak om die respondente se persepsie en gevoel ten opsigte van die gebruik van rekenaars vir opleiding in verpleegkunde in die Noord-

Kaap te bepaal. Die navorser vind dit vreemd dat 77% (163) van die respondente aangedui het dat hulle graag rekenaars sal wil gebruik vir verdere opleiding, alhoewel hulle tans beperkte toegang tot rekenaars het. In Figuur 6.8 word die keuse van die respondente ten opsigte van onderrig deur middel van rekenaartegnologie voorgestel.



FIGUUR 6.8: Keuse ten opsigte van onderrig deur middel van die rekenaar (n=212)

Die respondente het die volgende redes aangevoer hoekom hulle graag onderrig deur middel van die rekenaar wil ondergaan:

- inligting op die internet is dadelik beskikbaar;
- kan program in eie tyd doen en respondente hoef nie te reis nie; en
- dit is selfverrykend om rekenaarvaardig te word.

Die respondente het wel aangedui dat hulle rekenaars sal wil gebruik om noodsaaklike inligting op die internet op te soek, soos wanneer hulle onseker is oor sekere siektetoestande. Die gebruik van die internet as inligtingsbron was die hoofrede hoekom die respondente toegang tot 'n rekenaar in die werksplek wou hê. In paragraaf 6.4.1 sal die navorser uitwys watter metode van onderrig verkies word onder verpleegkundiges in die Noord-Kaap. Alhoewel die meerderheid wel aangedui het dat hulle opleiding deur middel van die rekenaar wil ontvang, was daar ook 'n behoefte by die verpleegkundiges geïdentifiseer om fisiese kontak met 'n kundige te hê aangesien die verpleegkundiges in isolasie werk en behoefte het aan kontak.

6.4 KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS-OPLEIDING IN DIE NOORD-KAAP

Dit bly 'n groot uitdaging vir die Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap om verpleegkundiges op te lei om primêre gesondheidsorgdienste te lewer (South African Health

Review, 2003). Die Departement van Gesondheid het in 2000 riglyne vrygestel ten opsigte van norms en standarde van die dienste wat gelewer moet word asook die tipe dienste wat by elke kliniek gelewer moet word (Bylae H).

Volgens die studie wat in 2003 deur Die Departement van Gesondheid gedoen is, lewer alle klinieke nog nie voldoende primêre gesondheidsorgdienste nie en dui nuwe indikatore ten opsigte van die hantering van MIV positiewe pasiënte daarop dat die klinieke nie voldoende toegerus is om 'n kwaliteit diens aan pasiënte te lewer nie. Verpleegkundiges praktiseer binne die bestek van praktyk wat deur die beroepsraad bepaal is en mag nie dienste lewer alvorens hulle nie voldoende opleiding ontvang het nie. Praktykservaring en gesprekke met kundiges werkzaam in klinieke dui daarop dat daar tans van verpleegkundiges verwag word om dienste te lewer waarvoor hulle nie die nodige opleiding ontvang het nie (Strasser, 2000). Soos in hoofstuk 1 bespreek, word tans te min verpleegkundiges opgelei in kliniese diagnosering, -behandeling en –sorg om in die behoeftes van die Noord-Kaapse gemeenskappe te voorsien. Die hoofredes wat die respondente aangevoer het, was:

- dat hul werksomstandighede dit nie toelaat om verder te studeer nie en is hul alleen in die kliniek;
- opleiding is nie verpligtend nie, maar is dit 'n noodsaaklike kwalifikasie om te hê wanneer jy in 'n kliniek of gemeenskapsgesondheidsorgsentrum werk;
- die program wat tans in die Noord-Kaap aangebied word is baie duur en die respondente moet ver reis vir opleiding. Sedert 2000 word programme nie aangebied nie, as gevolg van 'n tekort aan dosente in Kimberley;
- die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde is nie 'n voorvereiste vir aanstelling as verpleegkundige in klinieke in die Noord-Kaap nie; en
- geen studieverlof word deur werkgewers verleen vir opleiding in kliniese verpleegkunde nie.

Dit blyk noodsaaklik te wees dat verpleegkundiges in die Noord-Kaap ondersteun moet word om opleiding te ontvang om hulle te bemagtig om omvattende gesondheidsorgdienste te lewer. Soos in Tabel 6.4 aangedui, is die grootste motivering vir verpleegkundiges om die primêre gesondheidsorg program te voltooi, om hul eie kennis te verbeter en om beter sorg aan hulle pasiënte te lewer.

Die behoefte om wel oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde te beskik is reeds bespreek en verpleegkundiges is ten gunste van die verkryging van hierdie kwalifikasie.

6.4.1 Aanbiedingswyse vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap

Aangesien die opleidingsraamwerk vir volwasse studente op die platteland ontwikkel word, is dit vir die navorser belangrik om te bepaal oor wat die voorkeure van die respondente is ten opsigte van die aanbiedingswyses wat gebruik behoort te word in die program. Die voorkeur ten opsigte van die aanbiedingswyse word grotendeels bepaal deur hoe ver die individu van die instelling van onderrig is. In hierdie studie word 'n onderskeid getref tussen die aanbiedingswyses van die teoretiese komponent navorsing die praktiese komponent van die program, aangesien beide komponente verskillende aanbiedingsmetodes vereis. Eerstens word die aanbiedingswyses ten opsigte van die teoretiese komponent bespreek.

Dit is insiggewend en interessant, maar ook vreemd dat soos in Figuur 6.9 aangedui is, 63% (133) van respondente het aangedui dat hulle wel fisies wil klas bywoon. Die redes wat die respondente aangedui het tydens die onderhoude, vraelyste en onderhoude met die toesighouers is dat die respondente fisiese kontak wil hê met die dosent in hul werksplek, aangesien hulle ver verwyder is van opleidingsinstellings op die platteland. Twee hoofredes wat duidelik kristalliseer uit gesprekvoering met werknemers en vorige progamevaluasie is dat:

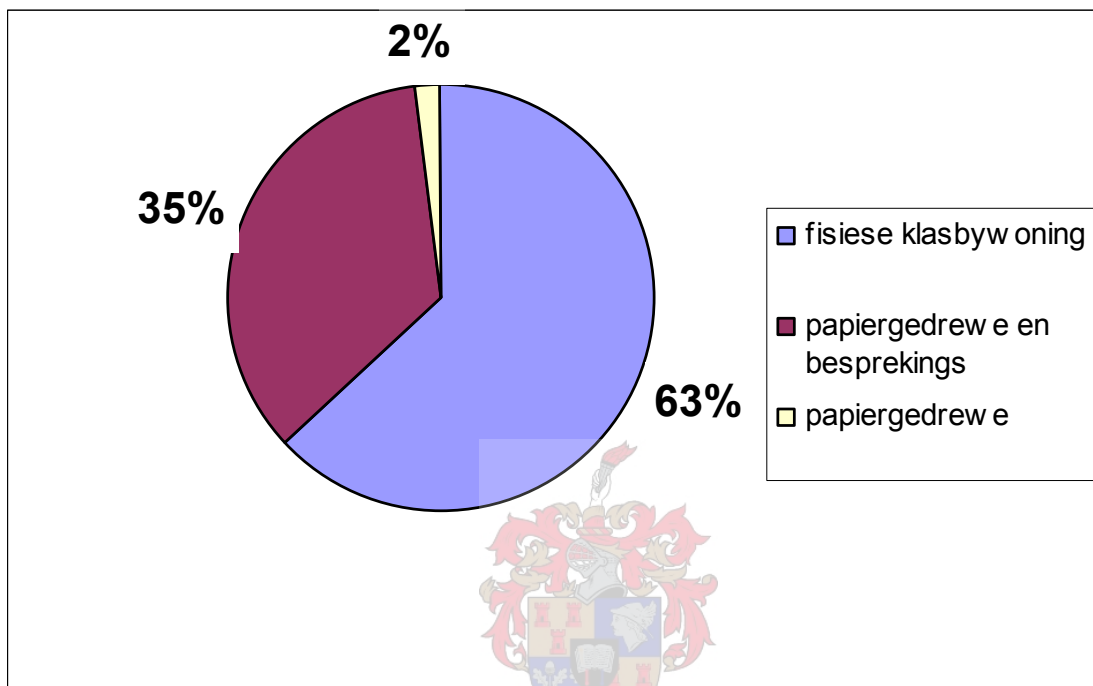
- die ontwikkeling van die kliniese verpleegkunde-program tradisioneel ontstaan het met fisiese teenwoordigheid van die dosent en 'n mentor; en
- die studente onseker voel oor hul eie bevoegdheid en dat hulle daarom 'n mentor fisies teenwoordig moet hê wanneer hulle prakties doen.

Volgens Mekwa (2000:3) moet die fokus van bestaande programme verskuif na studentgesentreerde onderrig waar die dosent as fasiliteerder sal optree. 'n Behoefte is ook geïdentifiseer by 'n vergadering wat in 2000 tussen die Nasionale Departement van Gesondheid en die SARV gehou is om die benadering van opleiding te verander sodat kritiese denke gestimuleer kan word. Studentgesentreerde onderrig word toenemend in gesondheidsorgopleiding gebruik en daar word van die volwasse student verwag om verantwoordelikheid te aanvaar vir hul eie onderrig.

Die afstande wat afgelê moet word na die opleidingsinstansie in Kimberley bly 'n groot probleem en dit was een van die hooforsake wat 35% respondente aangedui het as rede waarom hulle eerder hul opleiding deur middel van afstandsonderrig wil ondergaan. 'n Ander voordeel van onderrig deur middel van afstandsonderrig is dat studente nie nodig het om hul families vir lang periodes alleen te laat nie. Dit is vir die navorser vreemd dat 77% van die respondente aangedui het dat hul opleiding deur middel van die rekenaar wil ontvang, aangesien inligting op die internet dadelik beskikbaar is, maar dat die voorkeur van primêre gesondheidsorg opleiding

steeds ten gunste van fisiese klasbywoning is. Hierdie is dus 'n weerspreking en 'n moontlike rede vir die voorkeur van klasbywoning, is die behoefte aan kontak wat deur die respondente genoem is. Hul voel geïsoleerd op die platteland en het 'n behoefte aan kontak met dosente en ander studente.

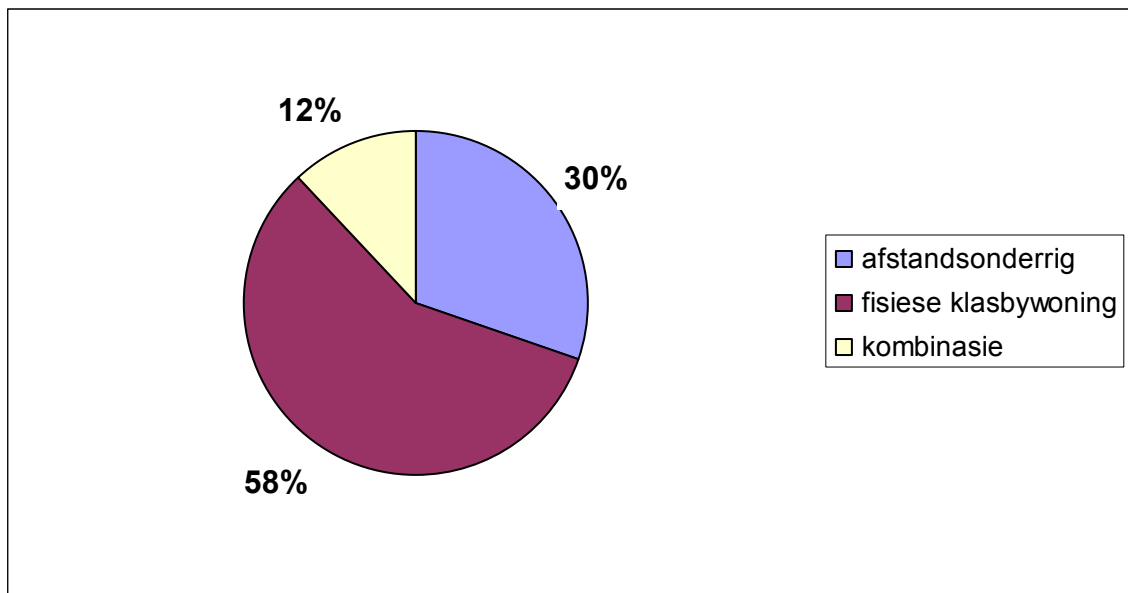
In Figuur 6.9 word die metode van voorkeur vir die aanbieding van die primêre gesondheidsorg program voorgestel.



FIGUUR 6.9: Voorkeur vir die metode van aanbieding (n=93)

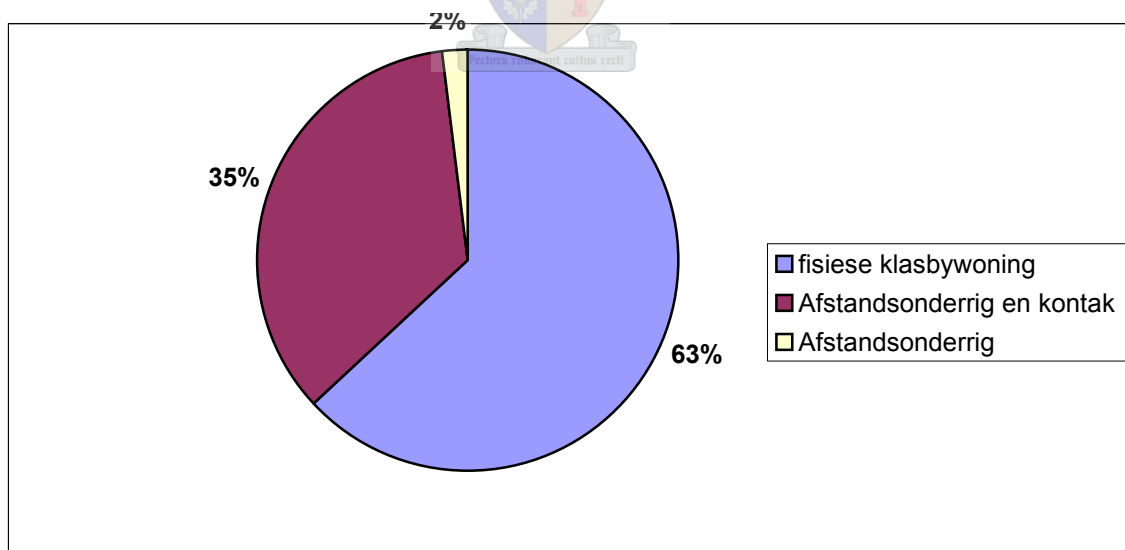
Aangesien die respondente dus bekend was met die tipe aanbiedingswyse, mag dit ook 'n moontlike rede wees waarom die respondente hierdie metode bo 'n afstandsonderrigmetode verkies het. Papiergedrewe media en besprekings is hoofsaaklik afstandsonderrigmetodes.

In Figuur 6.10 word die voorkeur ten opsigte van die aanbiedingswyse voorgestel en 58% van die 93 respondente wat wel aangedui het wat die aanbiedingswyse van die primêre gesondheidsorg program was, het die program deur middel van fisiese klasbywoning gedoen het. Studente is dus geneig om die onderrigmetode te kies waarmee hulle bekend is.



FIGUUR 6. 10: Aanbiedingswyse tydens primêre gesondheidsorg program (n=95)

Uit die 54 respondente wat hulle primêre gesondheidsorg kwalifikasie deur middel van fisiese klasbywoning gedoen het, het 34 dit ook gekies as die gewenste vorm van aanbieding. Van die 30 respondente wat hulle primêre gesondheidsorg kwalifikasie deur middel van afstandsonderrig gedoen het, het 15 aangedui dat die gewenste vorm van aanbieding, fisiese klasbywoning is. In Figuur 6.11 word 'n voorstelling gegee van die respondente wat fisiese klasbywoning gehad het en dat dit ook hul voorkeur vir onderrig was.



FIGUUR 6.11: Voorkeur ten opsigte van Fisiese klasbywoning (n=54)

Die redes wat aangedui is deur die respondente ten opsigte van hul voorkeur vir fisiese klasbywoning, is as volg:

- Teorie kan dadelik in praktyk toegepas word.

- Daar is beter kommunikasie tussen die student en die dosent.
- Studente kan onsekerhede uit die weg ruim, wanneer hulle kontakssessies met dosent het.
- Studente kan hulle volle aandag aan hul studie gee wanneer hulle fisies klas bywoon. As hulle dit op afstandsonderrig doen, moet hul hul studie op hul eie tyd doen.
- Die persepsie bestaan onder die respondente dat praktiese opleiding van 'n beter gehalte is wanneer hulle fisiese klasse bywoon en die fisiese ondersoek aan hulle demonstreer word.

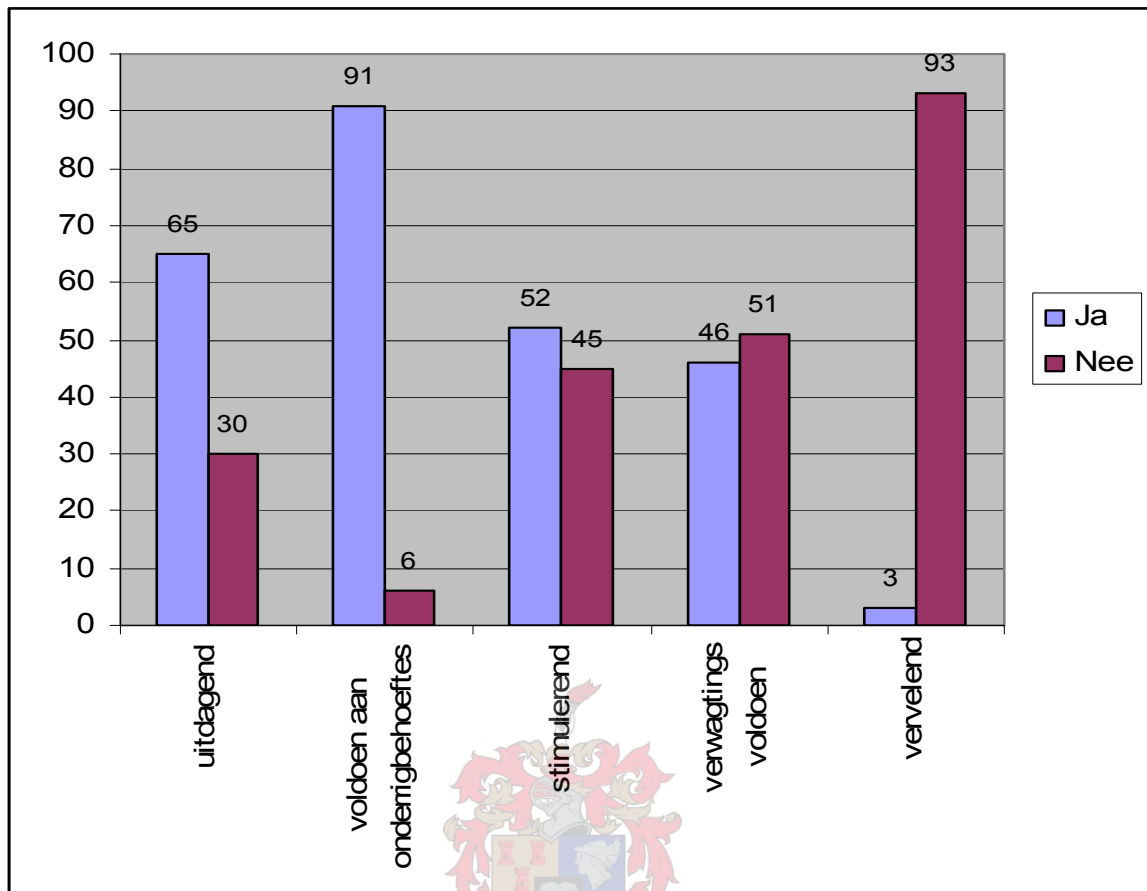
Uit die navorsing blyk dit dus dat die respondente fisiese kontak met hul dosent wil hê aangesien hul geïsoleer is op die platteland. Hierdie siening word ondersteun deur navorsing wat by die Schoemansdal kliniek op die platteland van Mpumalanga gedoen is. Tydens hierdie navorsing is bevind dat verpleegkundiges op die platteland sonder die ondersteuning van selfs 'n geneesheer moet werk en heeltemal geïsoleer is van eksterne ondersteuningsbronne (Pick, 1997:8). Die respondente het aangedui dat hul eerder die opleiding gedentraliseer wil hê met die gebruik van tegnologie as ondersteuning. In Gauteng is die beleid vir opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in 1997 aanvaar waar die teoretiese komponent gesentraliseer is en die kliniese komponent gedentraliseer is na die kliniese werksarea (Pick, 1997:8).

Die bestaande program wat in die Noord-Kaap aangebied word in kliniese verpleegkunde is 'n sertifikaatprogram wat residensieël in Kimberley aangebied word. Tydens hierdie periode wat die studente uit die werkplek onttrek word, word klasse aangebied ten opsigte van die teoretiese komponent en kry studente ook die geleentheid om hul vaardighede in die fisiese ondersoek te beoefen. Die studente kry dan ook 'n mentor wat hul bystaan en begelei tydens die praktiese inoefening van die vaardighede in die klinieke. Die bestaande program stem dus ooreen met die program in kliniese verpleegkunde wat in Gauteng aangebied word waar die teorie sentraal in Kimberley aangebied word en die praktiese komponent gedentraliseer word na die praktyk. Hierdie metode word ook deur Keogh (1997:377) bespreek deurdat voorgraadse studente hul teorie oor die fisiese ondersoek in die klaskamer by die Universiteit van Fort Hare kry en die praktiese opleiding in die klinieke op die Oos-Kaapse platteland.

Die navorser het dus met hierdie navorsing ook vasgestel wat die respondente se gevoelens was ten opsigte van die opleiding in kliniese verpleegkunde wat hul ontvang het. Die onderrigmetodes wat in die sertifikaatprogram gebruik word is hoofsaaklik groepwerk en lesings.

In hierdie navorsing het 62% (59) van die respondente aangedui dat groepwerk gebruik is vir die aanbieding van teoretiese werk en 94% (89) respondente het aangedui dat lesings hoofsaaklik gebruik is. Dit is insiggewend dat in Figuur 6.12 voorgestel word dat die respondente wat reeds

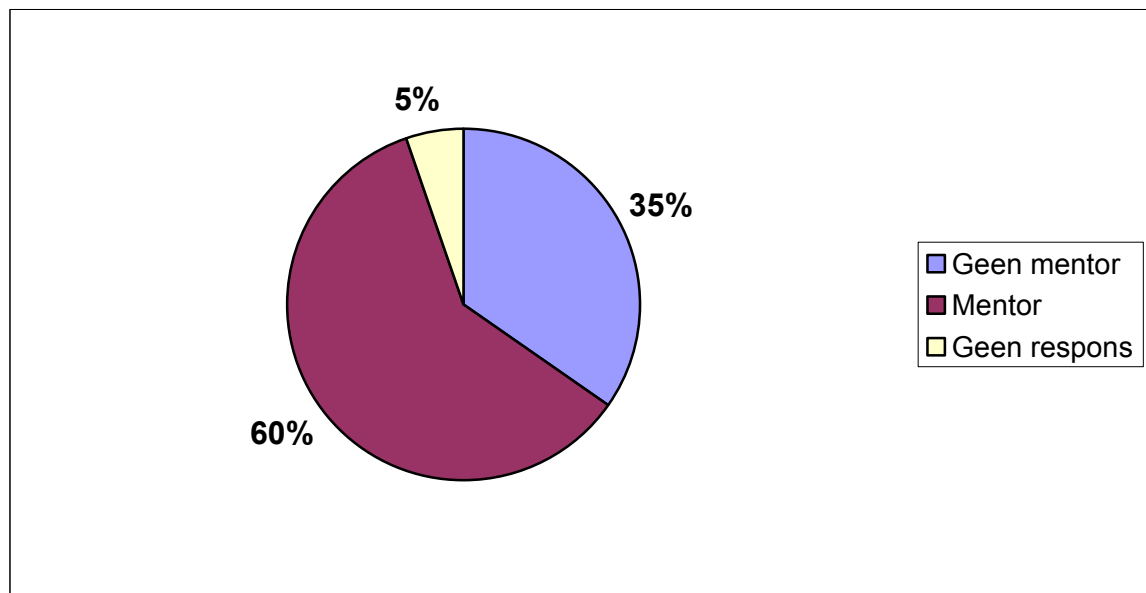
die program in kliniese verpleegkunde voltooi het, die aanbieding oor die algemeen positief ervaar het.



FIGUUR 6.12: Ervaring van kliniese verpleegkunde opleiding in die Noord-Kaap (n=95)

Onder andere het 91 van die respondente aangedui dat die opleiding aan hul opleidingsbehoefte voldoen, 65 het die opleiding as uitdagend, en 52 het dit as stimulerend ervaar.

Ten opsigte van die aanleer van kliniese vaardighede soos die fisiese ondersoek van die pasiënt wat 'n belangrike komponent van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne is, word hoofsaaklik van mentors gebruik gemaak (Keogh, 1997:378). Die navorser het met hierdie navorsing bepaal of die respondente ook mentors gehad het tydens die aanbieding van die praktiese komponent. In Figuur 6.13 word die beskikbaarheid van mentors in die platteland van die Noord-Kaap voorgestel.



FIGUUR 6.13: Besikbaarheid van mentors in die Noord-Kaap (n=95)

Van die 60% (57) respondente wat wel mentors gehad het tydens prakties, het 67% (32) van die respondente weekliks gereis na 'n mentor om kliniese begeleiding te ontvang. Die gemiddelde afstand wat afgelê moes word, was 284 kilometer. Daar was 14% (7) respondente wat aangedui het dat hul in 'n kliniek werk waar 'n mentor daaglik beskikbaar is en nie nodig gehad het om te reis vir praktiese opleiding nie. Die ander 19% (9) respondente het aangedui dat hulle twee-weekliks en maandeliks kliniese begeleiding ontvang het van 'n mentor.

Dit is vreemd om te sien dat 35% (33) respondente aangedui het dat hul geen mentor gehad het vir kliniese begeleiding nie, aangesien die persepsie onder verpleegkundiges bestaan dat daar 'n mentor teenwoordig moet wees tydens praktiese sessies. Die Departement van Gesondheid in die Wes-Kaap voel so sterk oor die teenwoordigheid van 'n mentor met die aanleer van kliniese vaardighede dat hul slegs dieselfde getal studente vir die sertifikaatprogram aanvaar as die getal mentors wat beskikbaar is (Provinsiale Administrasie: Wes-Kaap Departement Gesondheid, Omsendskrywe: 2003). Hierdie respondente wat geen mentor tydens praktiese sessies gehad het nie, het hul vaardighede aangeleer deur tuis op familie te oefen en met behulp van hul voorgeskrewe handboeke.

Uit die literatuur blyk dit dat daar verskeie alternatiewe hulpmiddele is wat suksesvol aangewend kan word om studente kliniese vaardighede aan te leer en studente bloot te stel aan verskeie siektetoestande soos abnormale hart- en longklanke wat geïdentifiseer moet word tydens die fisiese ondersoek (Issenberg *et al.*, 2001:16). Rekenaargesteunde programme kan gebruik word en aan studente beskikbaar gestel word op 'n CD-ROM en die student kan in die afwesigheid van 'n mentor, 'n pasiënt in simulatie ondersoek, 'n diagnose maak en dan ook die medikasie

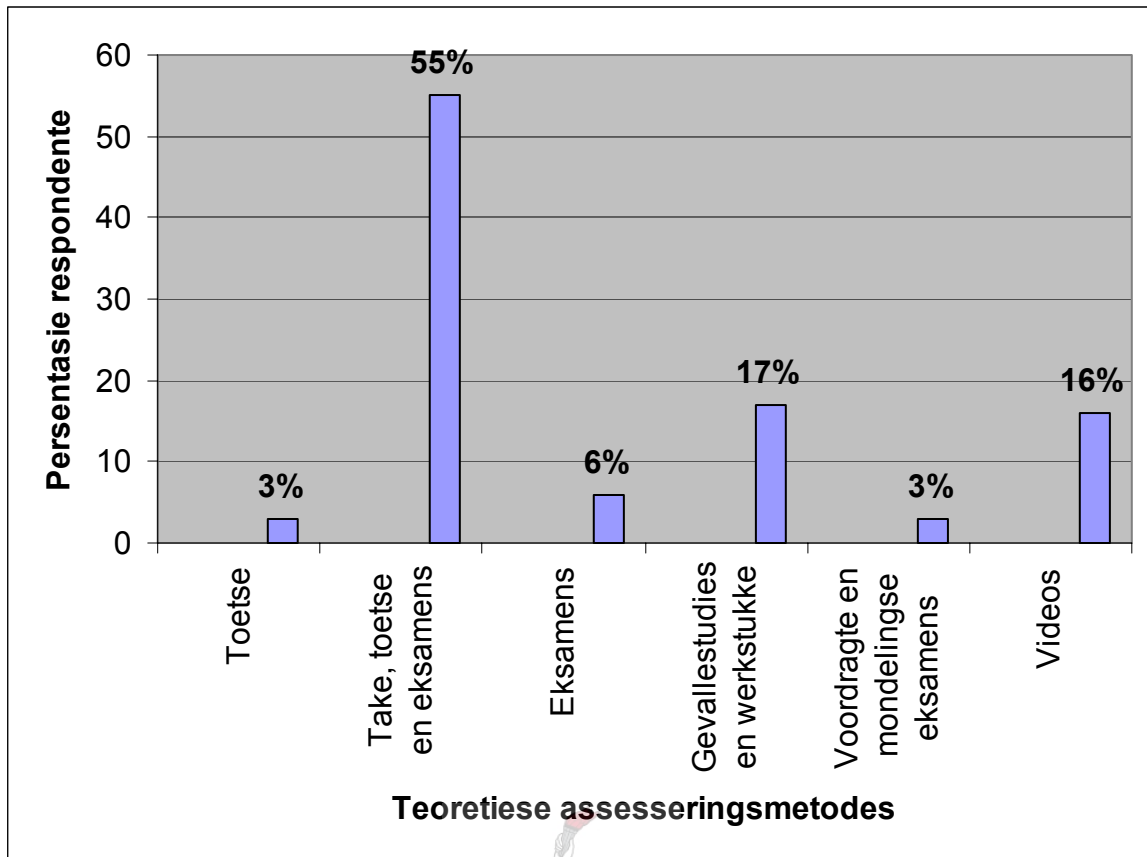
voorskryf. Die rekenaarprogram is so ontwikkel dat dit aan die student sy/haar foute sal uitwys en die student kan die geleentheid kry om die prosedure te herhaal. Hierdie tegnologie is veilig, aangesien die pasiënt geen skade sal lei, indien die student 'n verkeerde diagnose maak nie en die student kan die vaardighede op sy of haar eie tyd aanleer. Vordering in rekenaargestesteunde tegnologie maak dit vir die studente moontlik om die fisiese ondersoekvaardighede aan te leer en word ook ondersteun deur opvoedkundiges in verpleegkunde in veral die Verenigde State van Amerika. Daar word egter gewaarsku dat die sukses wat behaal word met die aanleer van kliniese vaardighede deur middel van rekenaars afhang van die student se persoonlike leerstyl (Anderson, Skillen & Knight, 2001:24).

6.4.2 Assessering van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap

Die meting van kliniese vaardighede in verpleegkunde blyk 'n voortdurende uitdaging vir die fasiliteerders van verpleegonderrig te wees (Nicol, Fox-Hiley, Bavin & Sheng, 1996:175-179). Verpleegkunde is 'n praktyk-gebaseerde dissipline en die assessering van teoretiese aspekte en kliniese vaardighede bly 'n noodsaaklike komponent in die onderrig-situasie. In hierdie navorsing is bepaal wat die assesseringsmetodes is wat gebruik word en wat die voorkeure vir assessering is tydens die aanbied van 'n program in kliniese verpleegkunde in die Noord-Kaap. Die navorser onderskei weer eens tussen die assessering van die teoretiese komponent en die praktiese komponent van die program.

Dit was vir die navorser vreemd dat 68% (65) van die respondente wat reeds oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik, tevrede was met die metode van assessering wat gebruik was in hul program. 'n Skriftelike eksamen is gebruik om te bepaal of die studente oor genoegsame kennis beskik ten opsigte van die teoretiese komponent. Die ander 32% (30) van die respondente het aangedui dat hulle nie tevrede was met die assessering van die teoretiese komponent van die program nie en het aangedui dat hulle meer toetse en werkstukke sou wou indien. Een respondent het aangedui dat sy 'n mondelingse eksamen sal wil aflê, eerder as 'n skriftelike eksamen.

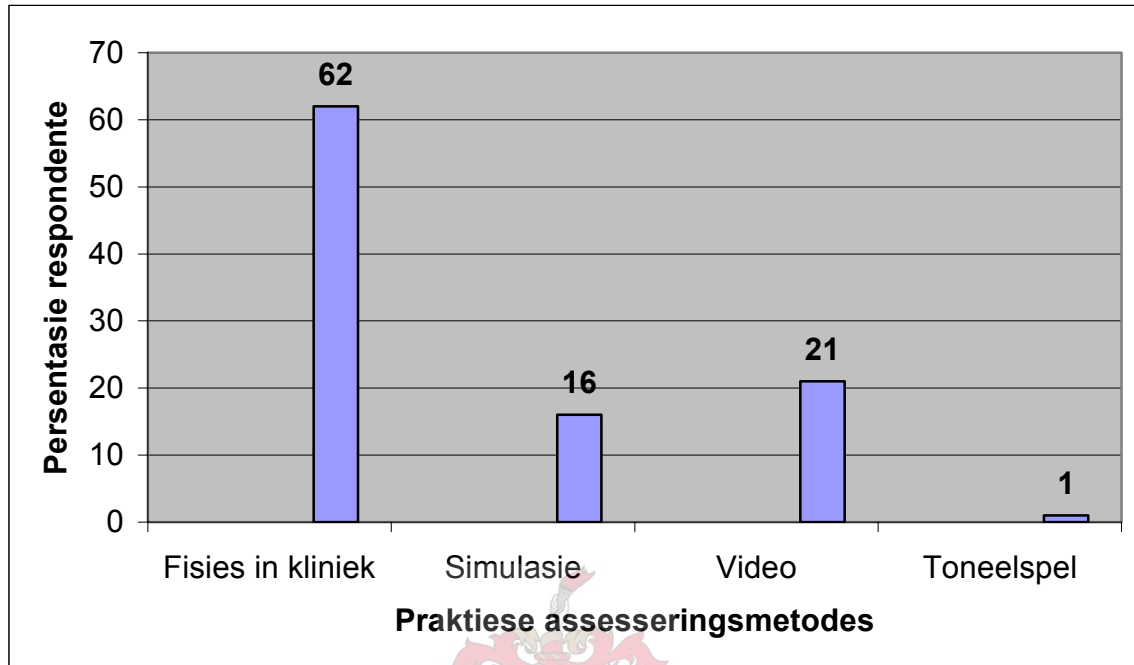
Die respondente wat nog nie oor 'n kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie, het aangedui dat hulle aan 'n verskeidenheid van assesseringsmetodes blootgestel wil word, soos voorgestel in Figuur 6.14.



FIGUUR 6.14: Keuse van assesseringsmetodes: Verpleegkundiges sonder primêre gesondheidsorg (n=108)

Dit is insiggewend dat die grootste aantal studente (n=59) wat nog nie die program in kliniese verpleegkunde ondergaan het nie, se voorkeure ten opsigte van die teoretiese assesseringsmetodes ooreenstem met die keuse van die studente wat reeds oor die kwalifikasie beskik. Hierdie keuse van assesseringsmetode vir die teoretiese komponent van die program word ondersteun deur die toesighouers van die vyf verskillende streke. Al vyf die toesighouers het tydens die semi-gestruktureerde onderhoude aangedui dat hulle dink die beste manier om die teoretiese komponent te assesser is deur middel van toetse, werkstukke en eksamens. Uit die data-analise blyk dit dat dieselfde aantal kliniese verpleegpraktisyns (n=65) wat aangedui het dat hulle tevrede is met die teoretiese assesseringsmetodes van die program ook tevrede is met die assesseringsmetodes van die praktiese komponent. Die praktiese komponent word hoofsaaklik assesser in die teenwoordigheid van 'n dosent en 'n pasiënt binne 'n kliniese omgewing. Dit is dan ook hierdie tradisionele assesseringsmetode wat as voorkeurmetode van assessering van die praktiese komponent uitgewys is deur die respondente wat nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie. In Figuur 6.15 word voorgestel dat 62% (69) van die respondente aangedui het dat hulle fisies in 'n kliniek geassesseer wil word. 'n Verdere 16% (18) het aangedui dat hulle in simulاسie en deur middel van 'n Objektief Gestruktureerde Kliniese

Evaluering (OGKE) geassesseer wil word, en slegs een respondent het aangedui dat sy deur middel van toneelspel geassesseer wil word. Dit is verblydend dat 21% (23) respondente aangedui het dat hulle 'n video kan maak van die fisiese ondersoek van die pasiënt terwyl hul die pasiënt in die kliniek ondersoek en dan die video aan die dosent kan stuur vir assessering.



FIGUUR 6.15: Keuse vir praktiese assessering: Verpleegkundiges sonder primêre gesondheidsorg (n=111)

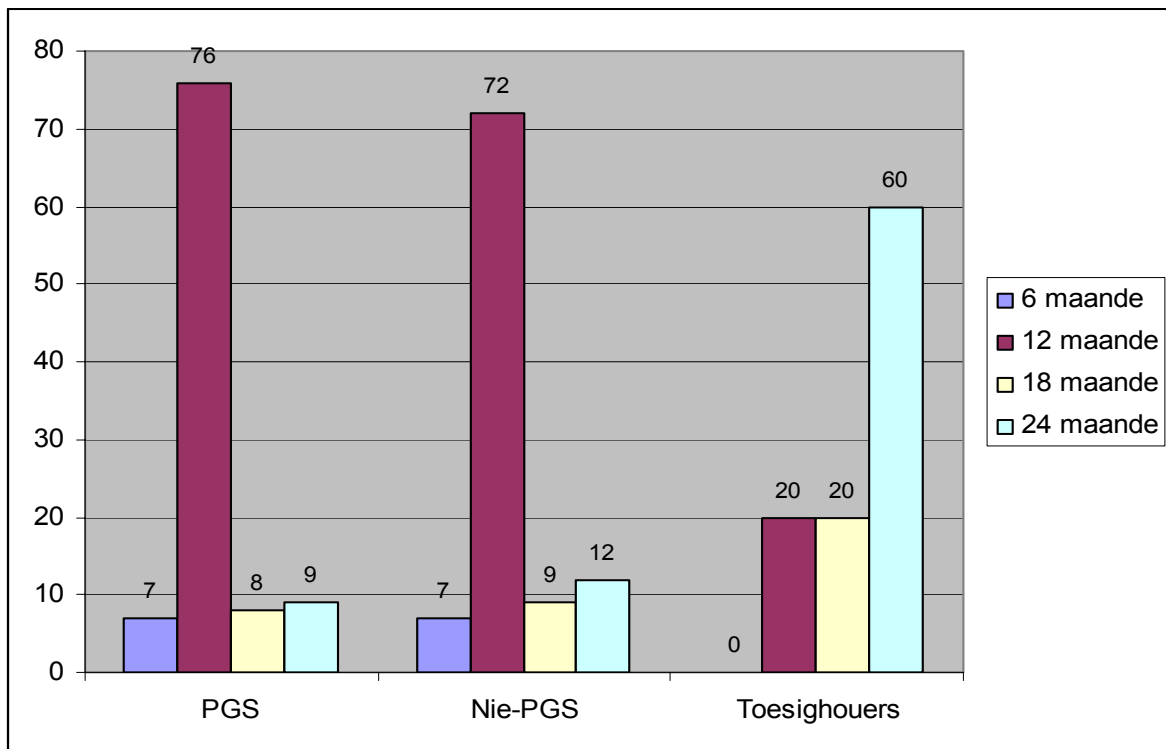
Tydens die onderhoude met die toesighouers het twee van die toesighouers aangedui dat OGKE gebruik moet word, een het verkies dat die tradisionele manier gebruik moet word waar 'n pasiënt ondersoek word in teenwoordigheid van die dosent. Een van die toesighouers het aangedui dat die studente assesseer kan word deur middel van demonstrasies wat hulle moet uitvoer en die ander toesighouer het gesê die opleidingsinstansie moet self besluit oor watter die beste assesseringsmetode vir die studente is.

Praktykservaring en gesprekke met die Departement van Gesondheid in die Wes-Kaap gedurende 2006 dui daarop dat die beskikbaarheid van mentors 'n al hoe groter probleem raak. Daar word van mentors verwag om studente addisioneel tot hul bestaande werkslading te neem vir kliniese begeleiding en assessering. Dit is finansiële nie lewensvatbaar vir tersiêre instellings om mentors aan te stel wat uitsluitlik kliniese begeleiding en assessering doen nie. Dit het dus noodsaaklik geraak dat opleidingsinstansies alternatiewe metodes moet ondersoek om kliniese vaardighede aan studente te demonstreer en te assesseer.

6.4.3 Duur en inhoud van programme in kliniese verpleegkunde

Soos reeds in paragraaf 6.2 en in hoofstuk 1 van hierdie navorsing bespreek, is daar verskeie opleidingsprogramme wat aangebied word om verpleegkundiges op te lei in kliniese verpleegkunde. Die duur van die programme verskil egter, asook die kwalifikasie wat uitgereik word na suksesvolle voltooiing (Strasser, 2000:7). Die Minister van Gesondheid en Welsyn het, op die aanbeveling van die SARV, kragtens artikel 45(1) van die Wet op Verpleging, 1978 (Wet 50 van 1978), die regulasies vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns, uitgevaardig. Die regulasies stel dit dat die opleiding in 'n diploma in Kliniese Verpleegkunde, Gesondheidsdiagnose, -Behandeling en -Sorg minstens een akademiese jaar van minstens tweehonderd dae sal duur.

Die opleiding in 'n sertifikaat duur 'n minimum van 44 weke. In Bylae A kan gesien word dat die diploma die student toerus om 'n meer omvattende diens te lewer soos wat daar van veral verpleegkundiges op die platteland verwag word (Strasser, 2000:7). Die navorser het die siening van respondente bepaal ten opsigte van die duur van 'n program, aangesien hulle faktore soos familieverantwoordelikhede, werksverpligting en inhoud van program wat bemeester moet word, eerstehands ervaar. In Figuur 6.16 word voorgestel dat ongeveer 76% (153) van die respondente verkies om 'n program wat 12 maande duur te volg. Daar is drie toesighouers wat voorgestel het dat die program oor 24 maande moet strek, want dit sou die minste invloed op die studente se werksverantwoordelike hê. Hierdie is weer eens 'n bewys dat toesighouers voorkeur gee aan die “werk” wat verrig moet word deur die verpleegkundiges en het die verpleegkundiges nie 'n student status nie. Daar moet dus 'n paradigmaskuif by plaaslike owerhede plaasvind om verpleegkundiges die geleentheid te gee om noodsaaklike opleiding te ontvang om veilige verpleegpraktisyns te wees.



FIGUUR 6.16: Voorkeur ten opsigte van die duur van opleiding in kliniese verpleegkunde (n=202)

Die inhoud van die program in kliniese verpleegkunde word deur die SARV bepaal en aangedui in Bylae A. Hierdie is egter die minimum vereistes waaraan die program moet voldoen en opleidingsinstansies kan meer opleiding aan die studente bied as wat die regulasies en direktief vereis. Met die verandering in die gesondheidsprofiel van die Suid-Afrikaanse gemeenskappe, het dit noodsaaklik geword om die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne aan te pas by die siektetoestande wat meer spesifiek in hul werksarea voorkom. Die navorser het dus ook in hierdie navorsing bepaal watter siektetoestande uniek is in hul voorkoms in hierdie provinsie. Die navorser het verwag dat longkwale soos pneumokoniose deur die respondente uitgewys sou word as problematies, as gevolg van die asbesmyne in die provinsie. Uit die navorsing blyk dit egter nie die geval te wees nie, maar is die probleem van sekondêre infeksies as gevolg van die VIGS die grootste probleem wat die respondente tans in die provinsie ervaar. Die prevalensie van MIV/VIGS in die provinsie is 15% en gesondheidsindikatore het in 2003 daarop gedui dat die gesondheidsorgpersoneel in die Noord-Kaap onvoldoende toegerus is om kwaliteit sorg aan die pasiënte met MIV/VIGS te lewer (Day, Gavin, Iriam & Levin, 2003:345).

Die opleidingsraamwerk moet dus voorsiening maak vir die hantering van pasiënte met MIV/VIGS.


Vervolgens word die beleid van die Departement van Gesondheid ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyne bespreek.

6.5 BELEID VAN DIE NASIONALE DEPARTEMENT VAN GESONDHEID TEN OPSIGTE VAN DIE OPLEIDING VAN KLINIESE VERPLEEGPRAKTISYNS

(Vraeboek: Verpleegkundiges sonder primêre gesondheidsorg: Vraag 10; Toesighouers: Vraag 1)

Soos reeds genoem, is die Noord-Kaap bekend vir sy uitgestrekte areas en is dit die grootste geografiese provinsie in Suid-Afrika met die Noord-Kaap wat 30% van die land se oppervlakte uitmaak (South African Health Review, 2003). Die digtheid van die bevolking is egter slegs 2,3 mense per vierkante kilometer, terwyl die norm vir Suid-Afrika 34,4 is. Volgens hierdie navorsing is bepaal dat 65% (539 196) van die gemeenskap afhanklik is van openbare gesondheidsorgdienste en dit is dus belangrik dat omvattende gesondheidsorgdienste in alle klinieke gelewer moet word. In Tabel 6.5 word die totale gemeenskap woonagtig per distrik in die Noord-Kaap aangedui (South African Health Review, 2003).

TABEL 6.5: Gemeenskappe per distrik van die Noord-Kaap



Distrik	Gemeenskap grootte	Persentasie
Kgalagadi	36 313	4,2%
Namakwa	109 147	12,8%
Pixley Ka Seme	178 046	20,9%
Siyanda	210 454	24,7%
Frances Baard	306 657	36%

In die Noord-Kaap is diegene wat in dorpe woonagtig is, binne vyf kilometer van gesondheidsorgfasiliteite, maar diegene wat op die platteland woonagtig is, is afhanklik van mobiele gesondheidsorgdienste (Health Review, 2003). Tydens 'n situasie-analise wat in die Noord-Kaap gedoen is, is bevind dat daar probleme ondervind word met die implementering van die 24-uur primêre gesondheidsorg diensleweringbeleid wat deur die Nasionale Departement van Gesondheid gestel is (Health Review, 2003). Die rede vir hierdie gebrek aan omvattende gesondheidsorgdienslewering was die onvermoë van die provinsie om verpleegkundiges te behou en aan te stel wat reeds oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik. Die navorser wou bepaal wat die beleid van die Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap is ten opsigte van primêre gesondheidsorg, want dit sal bepaal hoe gunstig die omstandighede is vir opleiding van verpleegkundiges om wel omvattende gesondheidsorgdienste te lewer. Met die

onderhoude het slegs sewe respondente aangedui dat daar wel 'n beleid bestaan ten opsigte van opleiding van kliniese verpleegpraktisyns, maar die beleid is nie op skrif gesien nie en kon dit nie vir die navorser oorhandig word nie. Slegs een van die toesighouers van die distrikte het geweet dat daar 'n beleid in die Noord-Kaap is oor opleiding van kliniese verpleegpraktisyns, maar kon ook nie een op skrif verskaf nie. 'n Afspraak tussen die Direkteur van Gesondheidsdienste in Kimberley en die navorser, kon nie deur die direkteur nagekom word nie en het sy kantoor onderneem om 'n afskrif van die beleid aan die navorser te pos. Na herhaalde pogings wat telefonies aangewend is om 'n afskrif van die beleid van die Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap te bekom, het die navorser verdere pogings laat vaar en kon geen skriftelike beleid gevind word nie. Dit is bemoedigend om in die situasie-analise wat deur die Departement van Gesondheid in 2003 (Health Review: 56) gedoen is, te sien dat opleiding van kliniese verpleegpraktisyns wel 'n prioriteit is en dat daar gepoog word om ten minste 40 verpleegkundiges per jaar op te lei in kliniese verpleegkunde. Hierdie gebrek aan die voorsiening van 'n geskrewe beleid ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns strek verder as net die Noord-Kaap. In 'n artikel wat in 1997 in die *Health Systems Trust Update* gepubliseer is, het Pick (1997:8), hoof van die Departement van Gemeenskapsgesondheid aan die Universiteit van die Witwatersrand aangedui dat geen koherente beleid ten opsigte van kliniese verpleegopleiding bestaan nie.



6.6 SAMEVATTING

Primêre gesondheidsorg is die prioriteit van die nasionale gesondheidsorgstelsel in Suid-Afrika. Die benadering behels 'n omvattende gesondheidsorgstelsel en sluit gesondheidsorgdienste vir akute en geringe ongesteldhede deur kliniese verpleegpraktisyns in. Kliniese verpleegpraktisyns is ook verantwoordelik vir die behandeling van hierdie ongesteldhede met vasgestelde protokolle soos die Essensiële Medisyne Lys. Verpleegkundiges op die platteland het verskeie uitdagings om te oorbrug alvorens hulle hierdie omvattende dienste aan hul pasiënte kan lewer. Die belang van voldoende infrastruktuur soos kommunikasie, paaie en vervoer kan nie genoeg beklemtoon word vir verpleegkundiges op die platteland nie, aangesien 'n gebrek aan infrastruktuur lei tot gevaarlike en oneffektiewe verpleegpraktyke. In hierdie hoofstuk is die data wat versamel is vir hierdie navorsing, aangebied, ge-analiseer en bespreek. Die opleiding en opleidingsbehoeftes van kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaap is bespreek en in hoofstuk 7 gebruik die navorser die inligting wat in hierdie hoofstuk geanalyseer is, om 'n opleidingsraamwerk op te stel vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap.

HOOFSTUK 7

SINTESE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

7.1 INLEIDING

In Suid-Afrika het die ontwikkeling van primêre gesondheidsorgdienste oor 'n lang tydperk plaasgevind. Reeds sedert 1975 het tegniese assistente in Suid-Afrikaanse provinsies sommige van die primêre gesondheidsorgdienste gelewer in plattelandse distrikte. Die dienste was beperk tot die behandeling van tuberkulose pasiënte en immunisering van kinders onder vyf jaar (Hatting, Dreyer & Roos, 2006:60). Gedurende die middel sewentigs was geregistreerde verpleegkundiges deur die Direkteur Generaal van Gesondheid aangewys om onder artikel 30 van die Gesondheidswet, No. 63 van 1977 te praktiseer op die platteland. Hierdie wetgewing het verseker dat verpleegkundiges op die platteland reeds so vroeg as die sewentiger jare al begin het om omvattende gesondheidsorgdienste op die platteland te lewer. Ten spyte van wetgewing en beleide wat geïmplementeer is deur die Departement van Gesondheid om omvattende gesondheidsorg te lewer, is dit duidelik dat plattelandse gemeenskappe steeds nie die volle voordele ontvang ten opsigte van primêre gesondheidsorg nie. Een van die probleme wat tans op die platteland ervaar word, is die tekort aan kliniese verpleegpraktisyns.

Op 8 Oktober 2004 is 'n uittreksel van die Nasionale Departement van Gesondheid se jaarlikse verslag in Die Beeld gepubliseer wat gebaseer is op die oudit wat van primêre gesondheidsorgdienste in Suid-Afrika gedoen is. Dit is kommerwekkend om te sien dat in die verslag aangedui word dat:

- daar slegs 3560 gesondheidsorgklinieke in Suid-Afrika is;
- 42% van alle klinieke steeds nie riooldienste het nie;
- 27% van klinieke in Suid-Afrika nie lopende water het nie;
- 11% van klinieke in Suid-Afrika nie elektrisiteit het nie; en
- 9% van alle klinieke in Suid-Afrika geen telefoon het nie.

Bogenoemde inligting kan 'n aanduiding wees waarom verpleegkundiges nie op die platteland wil praktiseer in primêre gesondheidsorg nie. Uit praktykondervinding en die literatuurstudie blyk dit vir die navorser ook dat:

- verskeie opleidingsprogramme beskikbaar is in die diagnosering, behandeling en sorg van pasiënte, maar word steeds te min verpleegkundiges opgelei om in die behoeftes van die gemeenskap te voorsien;
- programme nie toeganklik is vir verpleegkundiges op die platteland nie; en

- tot op datum is geen formele navorsing gedoen oor hoe die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland moet plaasvind om te verseker dat dit aan die behoeftes van die studente / verpleegkundiges en die gesondheidsorgomgewing / diensverskaffer voldoen nie.

Uit bogenoemde blyk dit vir die navorser krities te wees om 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland daar te stel wat hul behoeftes maksimaal sal akkommodeer. Die doel van hierdie navorsing was dus om 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns te ontwikkel wat aan hul behoeftes voldoen. Die doelwitte van die navorsing was om:

- die beleid ten opsigte van opleiding en implementering van primêre gesondheidsorg van Departement Gesondheid deur middel van 'n literatuurstudie en diepte navorsing te bepaal en vas te stel hoe die beleid in die Noord-Kaap as plattelandse gemeenskap, toegepas word;
- die behoeftes/disposisie van die student as diensverskaffer in terme van primêre gesondheidsorg dienslewering in die Noord-Kaap te bepaal; en
- 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns daar te stel wat in hul behoeftes voorsien.

Vervolgens word 'n sintese van die navorsing gegee asook 'n beskrywing van die opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap.

7.2 SINTESE VAN DIE NAVORSING

Die kliniese verpleegpraktisyns is volwassenes wat verantwoordelik is vir dienslewering op primêre gesondheidsorg vlak en hul praktykservaring moet juis geïntegreer en erken word in die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk.

7.2.1 Sintese van die literatuurnavorsing (Hoofstukke 2, 3 en 4)

Veranderinge in gesondheidsorgsisteme internasionaal en nasionaal is aangebring om gesondheidsorgdienste meer effektief en toepaslik te maak en gelyke toegang aan alle lede van die gemeenskap te verseker. Primêre gesondheidsorgsisteme dikteer ook die dienste wat gelewer moet word en het dit 'n direkte impak op die opleiding van gesondheidsorgpersoneel. Die opleiding van verpleegkundiges is dus nie staties nie, maar moet gedurig aangepas word, om by die gesondheidsorgsituasie aan te pas.

Net soos wat die implementering van die primêre gesondheidsorgbenadering deur politieke beleidmakers gedryf word, word die opleiding van verpleegkundiges ook bepaal deur die gesondheidsorgbeleid van die land en geregleer deur die beroepsraad van verpleegkundiges.

Die SARV is die professionele raad vir verpleegkundiges wat die minimum vereistes bepaal van alle verpleegkundige opleidingsprogramme. Die verandering het, soos reeds genoem, nuwe vereistes aan reeds opgeleide verpleegkundiges gestel. Verpleegopleidingsinstansies het saam met die internasionale en nasionale Departemente van Gesondheid hul kurrikulums begin hersien om aan die versoek van die regering vir 'n primêre gesondheidsorg gedrewe gesondheidsorgsisteem te voldoen. Rolspelers het saamgestem met die nuwe benadering, maar die aanpassing van gewysigde kurrikulums in verpleegopleidingsprogramme het nie oral plaasgevind nie.

Tydens 'n hersiening van die opleiding van verpleegkundiges in primêre gesondheidsorg wat in 1998 deur Departement Gesondheid gedoen is, is bevind dat daar drie wyses is waarvolgens opleiding geskied, naamlik: werkswinkels en kort programme, sertifikaatprogramme en diplomaprogramme. Hierdie programme duur tussen drie maande en twee jaar. Verskeie instansies is verantwoordelik vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns en die Departement van Gesondheid, universiteite van tegnologie, kolleges en universiteite bied verskeie programme in hoofsaaklik stedelike gebiede aan. Hierdie organisasies bied residensiële programme, gedentraliseerde programme en afstandsonderrigprogramme aan. Ongeveer 44% van programme word egter residensiël aangebied. Die aanbiedingswyses van hierdie programme verskil, maar die inhoud en uitkomste van alle programme word deur die SARV gereguleer. Die SARV reguleer nie die aanbiedingswyses van programme nie en instellings kan self besluit hoe hulle hul programme wil aanbied. Verder stel die SARV ook net minimum standaarde ten opsigte van die inhoud van die programme en is nie voorskriftelik ten opsigte van die uitbreiding van die inhoud van programme nie.

Uit die literatuuroorsig blyk dit dat verskillende metodes van aanbidding en assessering tog gebruik word vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns internasionaal en nasionaal. Die navorser kon egter uit die literatuur geen bewyse vind dat die een wyse van onderrig meer aanbeveel word as die ander nie. Uit die literatuur blyk dit ook dat in Suid-Afrika deurgaans van mentors gebruik gemaak word om die kliniese vaardighede aan die studente te demonstreer en om die student te begelei tydens praktiese sessies. Die probleem met hierdie metode is dat studente afhanklik raak van die teenwoordigheid van die mentors en word daar van tersiêre instellings verwag om die mentors finansieel te vergoed vir die tyd wat hulle saam met studente in die kliniese leerarea werk. Die literatuur dui aan dat kliniese vaardighede aangeleer kan word deur studente blootstelling in simulاسie te gee, soos byvoorbeeld rekenaargesteunde programme.

Ten spyte van die verskeidenheid van opleidingsprogramme wat in Suid-Afrika beskikbaar is vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns, word steeds te min verpleegkundiges opgelei om

in die behoeftes van die gemeenskap te voorsien. Programme is ook nie toeganklik vir veral verpleegkundiges op die platteland nie. Diplomaprogramme wat by tersiêre instellings aangebied word en meer beskikbaar is vir die plattelandse student, is baie duur en nie altyd bekostigbaar vir studente nie. 'n Ander behoefte wat tans in veral die Wes-Kaap bestaan, is die behoefte aan 'n diploma in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg.

Die navorser het 'n literatuurstudie gedoen oor die faktore wat 'n rol speel in die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde-opleidingsraamwerk vir kliniese verpleeg-praktisyns en dit blyk dat die ontwikkeling van 'n kurrikulum of program 'n reusetaak is en dat dit 'n voortdurende proses, eerder as 'n eenmalige proses is. Studentgesentreerde benaderings in hoër onderwys het ten doel om verantwoordelikheid aan studente te gee ten opsigte van aktiwiteite wat beplanning, leer, interaksie met mede-studente en dosente, navorsing en die assessering van leer insluit. In studentgesentreerde benaderings is die student die sentrale fokuspunt en word leer en onderrig beplan volgens die student se behoeftes. In hierdie navorsing word met volwasse studente gewerk en die volgende moet in gedagte gehou word, wanneer met volwasse studente gewerk word:

- volwassenes moet weet waarom hulle sekere inligting moet leer, alvorens hulle met die opleiding begin;
- volwassenes het 'n selfkonsep dat hulle verantwoordelik is vir hul eie opleiding en ontwikkeling;
- volwassenes neig om meer selfgerig te wees hoe meer volwasse hulle is, alhoewel hulle in sommige situasies nog afhanklik kan wees;
- ervaring is 'n ryk bron vir leer. Leer is meer effektief wanneer volwassenes deur ervaringsgerigte tegnieke onderrig word, byvoorbeeld wanneer tegnieke soos besprekings en probleemoplossing gebruik word;
- volwassenes is bewus van spesifieke leerbehoefte wat ontstaan as gevolg van hul werklike lewenssituasie. Opleidingsprogramme vir volwassenes moet dus so ontwikkel word dat dit toegepas kan word op die werklike lewenssituasie en volgens die student se gereedheid om te leer; en
- volwassenes verkies onderrig waar hulle hul nuut verworwe bevoegdhede kan toepas op hulle huidige omstandighede.

Opvoedkundiges soos Brookfield, Knowles en Gibb is dit eens dat volwasse onderrig probleem georiënteerd moet wees, onderrig op ervaring gegrond moet word, ervaring betekenisvol vir die student moet wees, die student vry moet wees om na hul eie ervaring te kyk en die student terugvoer moet kry ten opsigte van hul vordering om hul doel te bereik. Opvoeders wat

suksesvol wil wees in die onderrig van volwassenes moet dus begrip toon ten opsigte van wie die volwasse student is en hoe hulle leer. Die navorser moes tydens die ontwikkeling van 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegkundiges in die platteland seker maak dat hierdie dimensies en veronderstellings ingesluit word.

Die aspekte wat ingesluit word in die ontwikkeling van 'n program vir volwasse studente is die diagnosering van behoeftes, formulering van uitkomste, selektering van inhoud, organisering van inhoud, selektering van leerervaring, organisering van leerervaring en die bepaling van die assesseringsprosedure. Hierdie aspekte stem ooreen met die aspekte wat Carl (1995:97) voorstel vir die ontwikkeling van 'n program, naamlik, situasie-analise, formulering van uitkomste, inhoud en die seleksie daarvan, die keuse van onderrigmetodes en onderrigmedia, en die assessering van die student.

Die navorser het 'n sintese gegee ten opsigte van die literatuurstudie wat uitgevoer is in hierdie navorsing en vervolgens word 'n sintese gegee ten opsigte van die bevindinge van die ondersoek.

7.2.2 Sintese van die bevindinge van die vraelys en onderhoude

Soos in paragraaf 7.2.1 genoem is dit duidelik dat verskeie opleidingsprogramme beskikbaar is in die diagnosering, behandeling en sorg van pasiënte, maar word steeds te min verpleegkundiges opgelei om in die behoeftes van die gemeenskap en veral die plattelandse gemeenskappe, te voorsien. Opleidingsprogramme vir kliniese verpleeg-praktisyns is nie toeganklik vir verpleegkundiges op die platteland nie en dit kompromitteer opleidingsgetalle van verpleegkundiges verder. In hierdie navorsing is gevind dat 98% van die respondente vroulik en hoofsaaklik tussen die ouderdom van 30 en 50 jaar was. Verpleegkunde in Suid-Afrika is dus 'n vrouedominante professie. Respondente in sekere distrikte was gemiddeld 738 kilometer vanaf die naaste opleidingsinstansie en het dit uiters moeilik gevind om hul gesinne tuis te los en ver van die huis te gaan studeer vir lang periodes. Die respondente het aangedui dat hulle wel graag oor die kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg wil beskik, aangesien hul die nuut verworwe kennis in die praktyk wil toepas en sodoende beter dienste aan die gemeenskappe sal kan lewer. Hierdie stem ooreen met die literatuur soos bespreek in paragraaf 7.2.1 dat volwassenes opleiding verkies waar hulle nuut verworwe bevoegdhede kan toepas op hulle huidige omstandighede. Die respondente het ook aangedui dat hulle 'n opleidingsprogram wil volg wat oor 'n jaar strek en wat spesifieke aandag gee aan siektetoestande wat verband hou met MIV/VIGS. Dit is insiggewend en interessant, maar ook vreemd dat 63% van respondente aangedui het dat hulle wel fisies wil klas bywoon. Die redes wat die respondente aangedui het tydens die onderhoude, vraelyste en onderhoude met die toesighouers is dat die respondente fisiese kontak wil hê met die dosent in hul werksplek, aangesien hulle ver verwyder is van

opleidingsinstellings op die platteland. Twee hoofredes wat duidelik kristalliseer uit gesprekvoering met werknemers en vorige programevaluasie is dat:

- die ontwikkeling van die kliniese verpleegkunde-program tradisioneel ontstaan het met fisiese teenwoordigheid van die dosent en 'n mentor; en
- die studente onseker voel oor hul eie bevoegdheid en dat hulle daarom 'n mentor fisies teenwoordig moet hê wanneer hulle prakties doen. Hierdie neiging is in paragraaf 7.2.1 bespreek en dui dit daarop dat volwassenes in sommige situasies afhanklik kan wees van die fasiliteerder van leer.

Alhoewel slegs 38% van die respondente toegang tot 'n rekenaar het, het 77% van die respondente aangedui dat hulle graag rekenaargesteunde onderrig wil ondergaan, aangesien die inligting op die internet dadelik beskikbaar is. Respondente verkies ook die tradisionele onderrigmetodes van lesings, groepwerk en bespreking van gevallestudies ten opsigte van die teoretiese komponent van die program. Die kliniese komponent word hoofsaaklik onder leiding van mentors aangebied, maar soos in paragraaf 7.2.1 aangedui, kan die kliniese komponent aangebied en assesser word deur middel van rekenaargesteunde materiaal. Assessering van die teoretiese komponent moet volgens die respondente hoofsaaklik deurlopend plaasvind deur middel van werkstukke en toetse en summatiewe assessering moet deur middel van 'n skriftelike vraestel plaasvind. Die respondente het aangedui dat hul hoofsaaklik in die klinieke waar hulle werksaam is, assesser wil word tydens assessering van hul kliniese vaardighede. Met hierdie navorsing is gevind dat daar probleme ondervind word in die Noord-Kaap met die implementering van 24-uur primêre gesondheidsorg dienslewering wat deur die Nasionale Departement van Gesondheid vereis word. Die rede vir hierdie gebrek aan omvattende gesondheidsorg dienslewering was die onvermoë van die provinsie om verpleegkundiges te behou en aan te stel wat reeds oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik. Dit is insiggewend dat hierdie navorsing ook bevind het dat geen skriftelike beleid in die Noord-Kaap beskikbaar is ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns nie en daar word ook nie van verpleegkundiges verwag om oor die kwalifikasie te beskik wanneer hulle aansoek doen vir 'n betrekking in 'n kliniek of gemeenskapsgesondheidsorgsentrum nie.

Vervolgens word 'n opsomming gegee ten opsigte van die gevolgtrekkings van hierdie navorsing.

7.3 GEVOLGTREKKINGS

Die gevolgtrekkings van hierdie navorsing word breedvoerig bespreek in die volgende afdelings.

7.3.1 Gevolgtrekking ten opsigte van demografie

Uit die literatuur en soos beskryf in paragraaf 7.2.2 is dit duidelik dat 98 % van die respondente wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, vroulik was en dat dit ooreenstem met die tendens wat tans in Verpleegkunde in Suid-Afrika heers. Vroue in Suid-Afrika het tradisioneel 'n versorgingsrol en dit bring mee dat hul gesinsverantwoordelikhede het wat nagekom moet word. Dit is dus baie moeilik vir verpleegkundiges op die platteland om hul huishoudings te verlaat en in die stede te gaan studeer.

Die grootste persentasie (82%) van die respondente wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, is tussen 30 en 59 jaar oud en het dus waardevolle werkservaring wat in ag geneem moet in die beplanning van studie-uitkomst en assesseringsmetodes.

7.3.2 Gevolgtrekking ten opsigte van verdere opleiding

Die respondente het 'n positiewe houding getoon ten opsigte van opleiding in kliniese verpleegkunde soos gemeld in paragraaf 7.2.2, en die meeste respondente het aangedui dat hulle graag oor die addisionele kwalifikasie wil beskik om hul kennis te verbeter, beter pasiëntsorg te lewer en dat hulle professioneel wil ontwikkel. Die respondente het egter aangedui dat personeeltekorte, finansiële redes en gesinsverantwoordelikhede die hooforsake is waarom hulle nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie.

Tydens die navorsing het dit ook duidelik geword dat geen formele opleiding tans in Kimberley aangebied word vir kliniese verpleegpraktisyns nie, aangesien geen mentors beskikbaar is nie. Indien die opleiding wel aangebied word, is studente self verantwoordelik vir die koste verbonde aan die program, asook vir hul eie verblyf en vervoer na Kimberley.

Soos aangedui in paragraaf 7.2.1 is daar 'n toenemende behoefte aan die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns met 'n diploma, en kan 'n diploma-program nie deur die Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap aangebied word nie, aangesien dit nie geakkrediteer is deur die SAKO nie. In paragraaf 7.2.2 is ook aangedui dat die Verpleegopleiding in die Noord-Kaap slegs in Kimberley aangebied word en dat geografies groot afstande afgelê moet word om programme by te woon.

7.3.3 Gevolgtrekking ten opsigte van struikelblokke

Die respondente in hierdie navorsing wat aangedui het dat hulle nog nie oor die kwalifikasie in kliniese verpleegkunde beskik nie, as gevolg van faktore buite hul beheer soos groot afstande

wat afgelê moet word na die opleidingsinstansies, gesins-verantwoordelikhede, finansiële redes, geen geleentheid tans in werksomstandighede om diens te verlaat en in Kimberley te gaan studeer nie en dat werkgewers vereis dat studente eers oor die kwalifikasie in Verloskunde moet beskik, voordat hulle toegelaat sal word om primêre gesondheidsorg te gaan studeer. In paragraaf 7.2.2 het die navorser aangedui dat die respondente baie geïsoleerd voel op die platteland, as gevolg van groot geografiese afstande wat tussen klinieke afgelê moet word. Personeeltekorte maak dit bykans onmoontlik vir verpleegkundiges om hul klinieke te verlaat om in die stad opleiding te ontvang.

7.3.4 Gevolgtrekking ten opsigte van behoeftes

In paragraaf 7.2.1 het die navorser aangedui dat ten spyte van die verskeidenheid van opleidingsprogramme wat in Suid-Afrika beskikbaar is vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns, steeds te min verpleegkundiges opgelei word om in die behoeftes van die gemeenskap te voorsien. Paragraaf 7.2.2 het verder daarop gedui dat verpleegkundiges wat wel opgelei is in kliniese verpleegkunde, veral in stede diens lewer.

Volwasse studente het verder spesifieke opleidingsbehoefte, soos aangedui in paragraaf 7.2.1 en verpleegkundiges se werkservaring moet aangewend word in die aanbieding van programme. In paragraaf 7.2.2 het die navorser aangedui dat die respondente 'n behoefte uitgespreek het ten opsigte van fisiese kontak tydens opleidingsessies in kliniese verpleegkunde. Alhoewel die respondente beperkte toegang het tot rekenaars, het hulle aangedui dat hulle graag rekenaargesteunde onderrig saam met fisiese kontak wil hê. Die respondente het aangedui dat hulle toegang tot die internet wil hê, aangesien dit 'n maklike bron is om te raadpleeg, wanneer hulle meer inligting oor 'n siektetoestand wil hê.

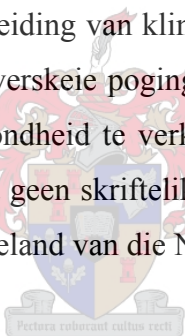
In paragraaf 7.2.1 is aangedui dat die program in kliniese verpleegkunde 'n praktiese komponent het en dat praktiese opleiding tradisioneel aangebied is in teenwoordigheid van 'n mentor en dat die afhanklikheid van 'n mentor problematies kan wees vir verpleegkundiges op die platteland. Die literatuur het aangedui dat alternatiewe soos rekenaargesteunde programme beskikbaar is in die demonstrasie en assessering van kliniese vaardighede. Hierdie is dus 'n moontlikheid wat oorweeg moet word, aangesien mentors moeilik bekombaar is in die Noord-Kaap en dit finansiël baie duur is om uitsluitlik van mentors gebruik te maak.

Die inhoude van verpleegkundeprogramme word deur die Departement van Gesondheid en die SARV gedikteer, maar opleidingsinstansies kan meer inligting in programme insluit, as die minimum vereistes wat deur hierdie instellings vereis word, soos aangedui in paragraaf 7.2.1. Verder het die navorser ook aangedui dat die duur van kliniese verpleegkunde programme wissel

tussen drie maande en twee jaar, maar die respondente het aangedui dat hulle 'n program wil volg wat oor een jaar strek.

7.3.5 Gevolgtrekking ten opsigte van beleid

In paragraaf 7.2.1 het die navorser aangedui dat die veranderinge wat in gesondheid plaasgevind het, verandering in dienslewering van verpleegkundiges teweeggebring het in klinieke en gemeenskapsgesondheidsorgsentrum. Hierdie verandering is bewerkstellig deur beleid en wetgewing wat deur die Departement van Gesondheid bepaal is. Op provinsiale vlak was dit die verantwoordelikheid van die departement om beleid te formuleer ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns om seker te maak dat verpleegkundiges oor die nodige vaardighede beskik om omvattende gesondheidsorg te lewer. In paragraaf 7.2.2 het die navorser aangedui dat geen skriftelike beleid in die Noord-Kaap opgespoor kon word nie. Die navorser het verskeie pogings aangewend om die beleid op skrif te kry, maar slegs een toesighouer van een van die distrikte het aangedui dat daar wel 'n beleid is, maar dat sy dit nie op skrif het nie. Slegs sewe van die respondente wat aan hierdie navorsing deelgeneem het, het aangedui dat daar wel 'n beleid is ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns, maar dat hulle dit nie op skrif het nie. Die navorser het verskeie pogings aangewend om die geskrewe beleid van die Provinsiale Departement van Gesondheid te verkry, maar ook met hierdie poging was die navorser onsuksesvol. Dit blyk dus dat geen skriftelike beleid ten opsigte van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap bestaan nie.



7.4 AANBEVELINGS

Die aanbevelings van hierdie navorsing is gebaseer op grond van die gevolgtrekkings wat in paragraaf 7.3 bespreek is en word vervolgens onder die volgende kategorieë bespreek.

7.4.1 Aanbevelings ten opsigte van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap

Die navorser beveel aan dat die studentgesentreerde opleidingsraamwerk soos voorgestel in Figuur 7.1 die grondslag sal bied vir die ontwikkeling van 'n formele program vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap.

7.4.1.1 Aanbevelings ten opsigte van die doel en uitkomst

Die navorser beveel aan dat die doel van alle kliniese verpleegopleiding daarna moet streef om 'n kliniese verpleegpraktisyn op te lei wat vaardig en onafhanklik is in die diagnosering, behandeling en versorging van 'n pasiënt op die platteland. Dit word verder aanbeveel dat uitkomst geformuleer moet word om verpleegkundiges in staat te stel om dienste te lewer

volgens die vereistes van die direktief van die SARV soos gevind in Bylae A. Die navorsing beveel uitkomsgebaseerde onderrig en leer aan.

7.4.1.2 Aanbevelings ten opsigte van die programinhoud en fasiliteerders van opleiding

Dit word aanbeveel dat die programinhoud ontwikkel moet word volgens die vereistes van die SARV en die Nasionale Departement van Gesondheid, soos gevind in bylae A en H.

7.4.1.3 Aanbevelings ten opsigte van die konteks

Die navorser beveel aan dat die geografiese ligging, agtergrond van studente en hul omstandighede op die platteland in ag geneem moet word wanneer opleidingsprogramme vir verpleegkundiges op die platteland ontwikkel word.

7.4.1.4 Aanbevelings ten opsigte van die aanbiedingsmetodes

Daar word aanbeveel dat 'n opleidingsmodel vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap gedentraliseer aangebied sal word in die verskillende distrikte deur middel van fisiese kontak en gesteun word met opleiding deur middel van rekenaarprogramme.

7.4.1.5 Aanbevelings ten opsigte van assesseringsmetodes

Dit word aanbeveel dat binne die ontwikkeling van 'n opleidingsmodel vir kliniese verpleegpraktisyns van beide formatiewe en summatiewe assessering gebruik gemaak word. Die formatiewe assessering van die teoretiese komponent behoort deur middel van toetse, werkstukke en die inhandiging van gevallestudies te geskied en die summatiewe assessering behoort deur middel van 'n eksamen te geskied. Demonstrasie van kliniese vaardighede moet op videoband opgeneem en vir formatiewe assessering aan die dosent gestuur word. Ten opsigte van die summatiewe assessering van die praktiese komponent behoort die assessering in die teenwoordigheid van 'n dosent te geskied.

7.4.1.6 Aanbevelings ten opsigte van programimplementering

Met verwysing na die doel en uitkomste, die programuitkomste, programaanbiedingsmetodes, assesseringsmetodes word die volgende aanbeveel, naamlik dat:

- die status en prioriteit van die bestaande opleidingsprogram vir kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaap ge-evalueer word;
- die bestaande program ge-evalueer, hersien en aangepas word met in ag neming van die genoemde leeruitkomste, programinhoud, aanbiedingsmetodes en assesseringsmetodes;
- indien programvernuwing noodsaaklik is, dit gedoen word volgens die siklus vir programontwerp soos aangetoon in figuur 7.1 (behoefte-analise, bepaal leeruitkomste, ens.);

- gelyktydig met die programvernuwing die kritiese invloedsfaktore in die opleidingsomgewing ondersoek en volgens behoefte aangespreek word, met spesifieke verwysing na:
 - akademiese ondersteuning, byvoorbeeld besinning oor en leiding in 'n nuwe denkbenadering ten opsigte van 'n studentgesentreerde kliniese opleidingsraamwerk met die oog op 'n paradigmaskuif, die ontwikkeling van fasiliteringsvaardighede van die programaanbieders, die ontwikkeling van rekenaarvaardighede vir kliniese verpleegpraktisyns en die benutting van kundigheid om kwaliteit onderrig en leer te verseker;
 - die voorsiening van noodsaaklike fasiliteite soos die beskikbaarstelling van internettoegang vir kliniese verpleegpraktisyns, toegang tot multimedia leerbronne in 'n biblioteekomgewing, persoonlike rekenaarwerkstasies en programmatuur vir woordprossering, elektroniese kommunikasie (e-pos) en apparaat vir video-opnames;
 - die beskikbaarstelling van voldoende fondse om die totale program te heraktiveer, evalueer, vernuwe en te implementeer deur middel van 'n jaarlikse begroting;
 - die voorsiening van voldoende dosente om 'n fasilitering- en assesseringsrol te vervul;
 - die formatiewe evaluering van 'n nuwe program met die oog op gehalteversekering en identifisering van beperkinge en swakpunte wat verbeter moet word (ten minste tweejaarliks).

7.4.2 Aanbevelings ten opsigte van die beleid van die Provinsiale Departement Gesondheid

Die navorser beveel aan dat die bevindinge van hierdie navorsing beskikbaar gestel moet word aan die Provinsiale Departement van Gesondheid in die Noord-Kaap sodat beleid formuleer kan word, waarin voorsiening gemaak word vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns op die platteland. Die beleid behoort te bepaal dat alle verpleegkundiges wat in klinieke en gemeenskapsgesondheidsorgsentrums werksaam is, oor 'n kwalifikasie in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg moet beskik. Die beleid moet ook uitspel dat verpleegkundiges wat nog nie oor bogenoemde kwalifikasie beskik nie, voorkeur moet kry ten opsigte van verdere opleiding. Die beleid moet ook bepaal dat die provinsie verantwoordelikheid sal aanvaar vir die aanbieding van opleidings-programme vir kliniese verpleegpraktisyns. Daar word aanbeveel dat die beleid geformuleer moet word en skriftelik beskikbaar gestel word deur die departement van gesondheid in die Noord-Kaap aan al die werkgewers in die provinsie, sodat die beleid korrek deur al die werkgewers geïmplementeer word. Die navorser beveel ook aan dat die beleid so spoedig moontlik implementeer word, aangesien die prioriteite wat in die strategiese plan vir die

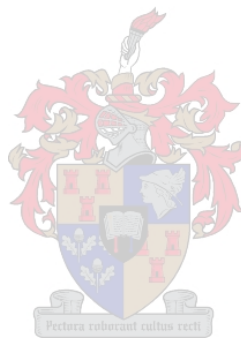
Noord-Kaap ten opsigte van kliniese verpleegkunde-opleiding oor die periode 2003-2006 nog nie bereik is nie. (Sien Bylae G)

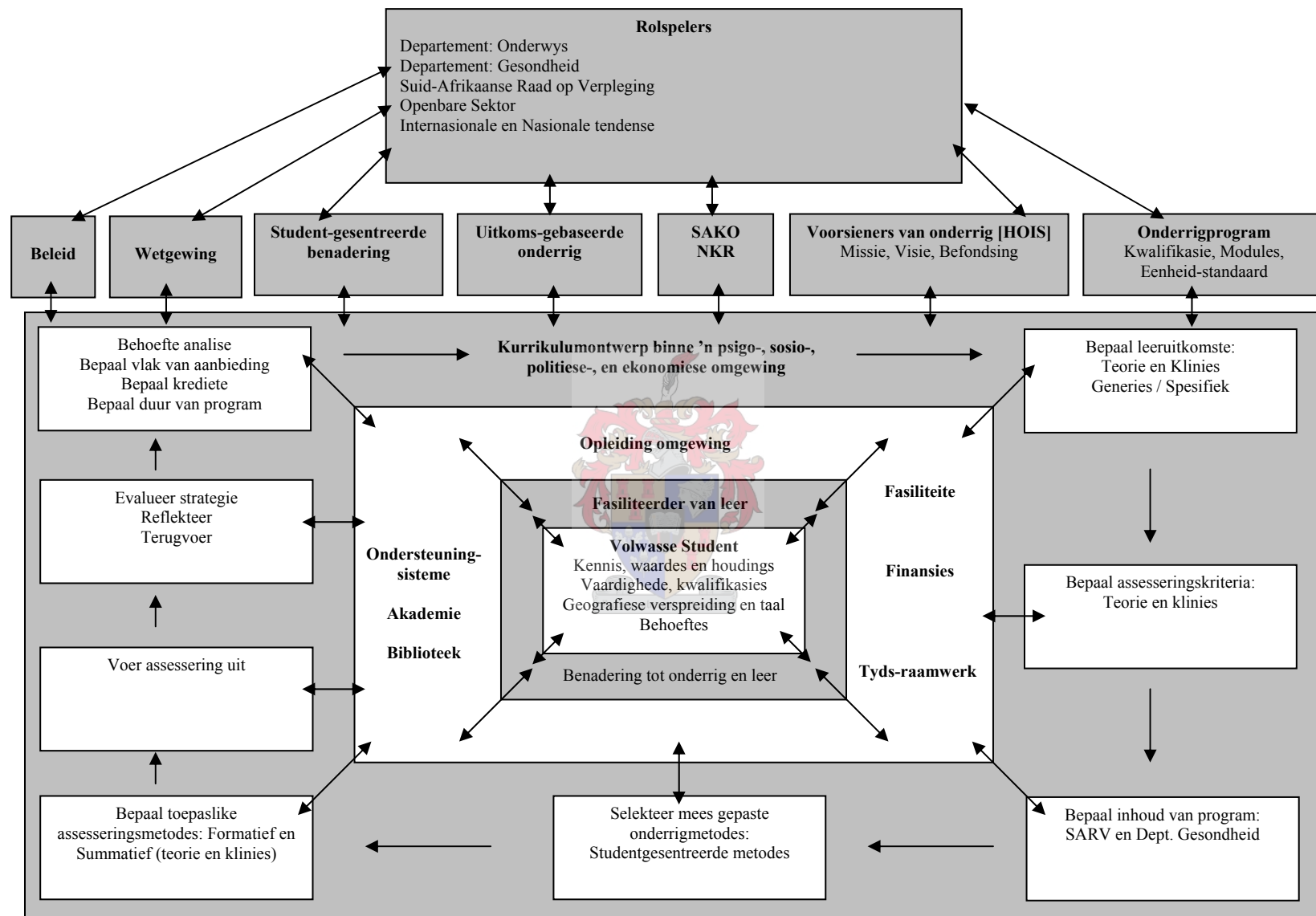
7.4.3 Aanbevelings ten opsigte van verdere navorsing

Aangesien geen vorige navorsing in die Noord-Kaapse platteland gedoen is oor 'n opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns nie, beveel die navorser aan dat hierdie opleidingsraamwerk wat wetenskaplik ontwikkel is, die grondslag moet vorm van 'n formele opleidingsprogram wat geïmplementeer sal word in die Noord-Kaap en ook geëvalueer word.

Daar word ook aanbeveel dat die bevindinge van hierdie navorsing by konferensies en in artikels beskikbaar gestel word.

Vervolgens 'n skematiese voorstelling van die studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap wat die grondslag kan vorm vir 'n formele opleidingsprogram.





FIGUUR 7.1: Studentgesentreerde Opleidingsraamwerk vir Kliniese Verpleegpraktisyns op die Platteland van die Noord-Kaap

7.5 SAMEVATTING

Na aanleiding van die data wat in hierdie navorsing weergegee is, blyk dit dat gesondheidsorgsisteme globaal hoogs dinamies is en voortdurend besig is om te verander. Die veranderinge word gedryf deur interne prosesse en die voortdurende veranderinge in demografiese, geografiese, sosiale, kulturele en ekonomiese omgewings. Veranderinge in gesondheidsorgsisteme word aangebring om gesondheidsorgdienste meer effektief en toepaslik te maak en gelyke toegang aan alle lede van die gemeenskap te verseker. In hoofstuk 1 is genoem dat die transformasie van gesondheidsorgdienste en politieke beleidsveranderinge teweeggebring het dat groter klem internasionaal en nasionaal op primêre gesondheidsorgdienste geplaas word. Gesondheidsorgsisteme dikteer ook die dienste wat gelewer moet word en dit het 'n direkte impak op die opleiding van gesondheidsorgpersoneel. Soos reeds in Hoofstuk 2 bespreek, het die verandering wat in dienslewering plaasgevind het, daartoe bygedra dat verpleegkundiges wat in klinieke gewerk het hul voorkomende en bevorderende dienste moes integreer met die kuratiewe dienste wat gelewer moes word. Hierdie dienslewering kon egter nie plaasvind indien addisionele opleiding nie ontvang is nie. In hoofstuk 3 is gekyk na die basiese opleiding van verpleegkundiges en kliniese verpleegpraktisyns internasionaal en nasionaal. Uit die literatuuroorsig blyk dit dat daar internasionaal en nasionaal verskeie metodes gebruik word om kliniese verpleegpraktisyns op te lei. Opleiding geskied hoofsaaklik in stedelike areas en die praktiese aspek van die opleiding word deur mentors in die kliniese areas aangebied. Die kliniese aspek van die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns is afhanklik van die beskikbaarheid van mentors en mentors is nie gereedlik beskikbaar nie en hul dienste is baie duur. Alternatiewe moet ondersoek word om die kliniese aspek van die program aan studente te bied. In hoofstuk 4 is die teoretiese aspekte ten opsigte van die ontwikkeling van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir volwasse studente op die platteland bespreek. Die doel van hierdie navorsing was om 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaapse platteland te ontwikkel. In hoofstuk 5 is die navorsingsproses wat gevolg is in die samestelling van hierdie opleidingsraamwerk, bespreek. In hoofstuk 6 is die aanbieding, analise en interpretasie van die data wat versamel is, beskryf en die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat verpleegkundiges op die platteland verskeie uitdagings het om te oorbrug alvorens hulle omvattende dienste aan hul pasiënte kan lewer. Die belang van voldoende infrastruktuur soos kommunikasie, paaie en vervoer kan nie genoeg beklemtoon word vir verpleegkundiges op die platteland nie, aangesien 'n gebrek aan infrastruktuur lei tot gevaarlike en oneffektiewe verpleegpraktyke. In hoofstuk 7 is 'n sintese gegee ten opsigte van die literatuurstudie en die bevindinge van die data-analise van hierdie navorsing. Na aanleiding van

die gegewens wat in hierdie hoofstuk weergegee is, het hierdie navorsing aangedui dat 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns moontlik is, wanneer die spesifieke opleidingsbehoefte van die verpleegkundiges op die platteland aandag geniet.

Die doelwitte wat vir hierdie navorsing gestel is, is ten volle bereik deurdat:

- die beleid ten opsigte van opleiding en implementering van primêre gesondheidsorg deur die Departement van Gesondheid deur middel van 'n literatuurstudie bepaal is en die navorser het vasgestel tot watter mate die beleid in die Noord-Kaap as plattelandse gemeenskap, toegepas word;
- die opleidingsbehoefte/disposisie van die student en diensverskaffer in terme van primêre gesondheidsorg dienslewering in die Noord-Kaap bepaal is; en
- 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyn opgestel is wat aan die behoeftes van die verpleegkundiges op die platteland, voorsien.

'n Sintese van voorafgaande literatuuroorsig en data-analise van inligting versamel met vraelyste en onderhoude deur respondente werksaam in die platteland van die Noord-Kaap het aanleiding gegee tot die formulering van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die platteland van die Noord-Kaap. Met die implementering van hierdie studentgesentreerde raamwerk kan 'n selfversekerde, bevoegde verpleegpraktisyn ontwikkel word wat haar kennis effektief in haar werksituasie kan toepas.

Hierdie navorsing het 'n definitiewe bydrae gelewer ten opsigte van 'n studentgesentreerde opleidingsraamwerk vir kliniese verpleegpraktisyns op die Noord-Kaapse platteland, aangesien geen opleidingsraamwerk vir hierdie groep verpleegkundiges tans beskikbaar is nie. Hierdie navorsing het ook daarin geslaag om die noodsaaklikheid ten opsigte van 'n beleid vir die opleiding van kliniese verpleegpraktisyns in die Noord-Kaapse platteland te identifiseer.

- African National Congress (ANC). 1994a. *The Reconstruction and Development Programme – a policy framework*. Johannesburg: Umanyano Publications.
- Andrusyszyn, M, Cragg, CE & Humbert, J. 2001. Nurse Practitioner Preferences for Distance Education Methods Related to Learning Style, Course Content, and Achievement. *Journal of Nursing Education*, 40(4): 163-170.
- Anderson, MC, Skillen, DL & Knight, CL. 2001. Continuing Care Nurses' Perceptions of Need for Physical Assessment Skills. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(7): 23-29.
- Arkava, MI & Lane, TA. 1983. *Beginning social work research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Babbie, E & Mouton, J. 2001. *The Practice of Social Research*. South Africa: Oxford University Press.
- Badenhorst, K. 2004. Northern Cape statistics: e-pos ontvang op 31 Mei 2004. [kbadenhorst@sanc.co.za].
- Baker, KD. 1988. *Doing Social Research*. New York: Mc Graw-Hill.
- Barr, RB & Tagg, J. 1995. From Teaching to Learning – A New Paradigm for Undergraduate Education. *Change*, 27(6): 13-25.
- Bentley, T. 1996. *Sharpen your skills in motivating people to perform*. London: The McGraw-Hills Companies.
- Biggs, JB. 1976. Dimensions of study behaviour: another look at ATI. *British Journal of Educational Psychology*, 46(2): 68-80.
- Bitzer, E & Kapp, CA. 2006. Evaluating and Assessing theses and dissertations. 13-15 June 2006. Protea Hotel: Stellenbosch.
- Bjorkman, JW & Altenstetter, C. 1997. Globalized concepts and localized practice: convergence and divergence in national health policy reforms. *Altenstetter C & Bjorkman JW (Eds) 1997:1-16*.
- Blaxter, L, Hughes, C & Tight, M. 2003. *How to Research*. Philadelphia: Open University Press.
- Boeije, H. 1991. Werkgroep Docenten onderwyszaken: Didactisch Vademecum. Culemborg: Phaeton. In JM Van Walbeek, *Kurrikulumontwikkeling vir ritmiek in onderwysopleiding*. Ongepubliseerde Magister in Opvoedkunde, Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch.
- Bolan, CM. 2003. Incorporating the Experiential Learning Theory into the Instructional Design of Online Courses. *Nurse Educator*, 28(1): 10-14.
- Boud, D & Griffin, V. 1994. *Appreciating Adults Learning: From the Learners' Perspective*. London: Ipswich Book Co.
- Bowden, R & Meritt, R. 1995. The Adult Learner Challenge. *Instructionally Administratively Education*, Spring 95, 115(3): 20-24.

- Bradshaw, D, Nannan, N, Laubsher, R, Groenewald, P, Joubert, J, Nojilana, B, Norman, R, Pieterse, D & Schneider M. 2004. South African National Burden of Disease Study 2000. *Estimates of Provincial Mortality*. Cape Town: South African Medical Research Council.
- Brink, HI. 1996. *Fundamentals of Research Methodology for Health Care Professionals*. Cape Town: Juta & Co, Ltd.
- Brookfield, SD. 1986. *Understanding and Facilitating Adult Learning*. San-Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Brookfield, SD. 1995. *Becoming a Critically Reflective Teacher*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Burns, N & Grove, SK. 1993. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*. United States of America: WB Saunders.
- Burns, N & Grove, SK. 2003. *Understanding Nursing Research*. United States of America: WB Saunders.
- Burnard, P. 1991. *Experiential learning in action*. Avebury: Aldershot.
- Caffarella, RS. 1994. *Planning programs for adult learners. A practical guide for educators, trainers, and staff developers*. San Francisco: Jossey-Bass publishers.
- Candy, PC. 1991. *Self-direction for lifelong learning. A comprehensive guide to theory and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Cangelosi, JS. 1990. *Designing tests for evaluating student achievement*. New York: Longman Publishers.
- Cannon, R. 2000. Guide to support the Learning and Teaching Plan Year 2000; ACUE, The University of Adelaide.
- Cantor, JA. 1995. Experiential Learning in Higher Education: Linking Classroom and Community. [Electronic], Available: www.wntlf.com/html/bib/95-7dig.htm [2003, October 6].
- Carl, AE. 1995. *Teacher Empowerment through Curriculum Development: Theory into Practice*. Kenwyn: Juta & Co, Ltd.
- Carl, AE, Volschenk, A, Franken, T, Ehlers, R, Kotze, K, Louw, N & Van der Merwe, C. 1988. *Kurrikulumontwikkeling in die primêre skool: 'n Modulêre benadering*. Kaapstad: Maskew Miller Longman (Edms) Bpk.
- Carr, LT. 1994. The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research. What method for nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 20(4): 712-721.
- Chimere-Dan, G. 1996. *Community involvement in Urban Health Programmes*. Johannesburg: International Thompson Publishing Company.
- Clifford, C. 1997. *Nursing and Health Care Research*. Europe: Prentice Hall International (UK) Ltd.
- Cohn, S. 1988. *Paulo Freire and Education*. Florida: Nova University Press.

- Collins, K. 1999. *Participatory Research. A Primer*. South Africa: Prentice Hall.
- Commonwealth Department of Education, Science and Training. 2002. *Rural Nurses: Knowledge and Skills Required to meet the Challenge of a Changing Work Environment in the 21st Century: A Review of the Literature*. <http://www.dest.gov.au>
- Commonwealth Department of Education, Science and Training. 2002. *National review of Nursing Education: Nurse Education and Training Today*. <http://www.dest.gov.au>
- Conti, GJ & Welborn, RB. 1986. Teaching-learning styles and the adult learner. *Lifelong Learning*, 9(8): 20-23.
- Clare, J & Hamilton, H. 2003. *Writing Research. Transforming Data into Text*. China: Elsevier Science.
- Cresswell, JW. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing among five traditions*. London: International Educational & Professional Publishers.
- Cross, KP. 1996. *Adults as learners: Increasing Participation and Facilitating Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Darkenwald, GC & Merriam, SB. 1982. *Adult education. Foundations of practice*. New York: Harper & Row Publishers.
- Davenport, J & Davenport, J. 1985. A Chronology and Analysis of the Andragogy Debate. *Adult Education Quarterly*, 35(3): 152-159.
- Day, C, Reagon, G, Iriam, J & Levin, J. 2003. Facilities Survey 2003. Selected findings from the fourth national survey of primary health care facilities. *South African Health Review* 2003/2004. Durban: Health Systems Trust.
- De Corte, E, Geerligs, CT, Lagerweij, NAJ, Peters, JJ & Van den Berghe, R. 1981. *Beknopte Didaxologie*. Gröningen: Wolters-Noordhoff.
- De Haan, M, Dennill, K & Vasuthevan, S. 2005. *The Health of South Africa*. Cape Town: Juta & Co. Ltd.
- De Vos, AS. 1998. *Research at Grass Roots. A Primer for the caring profession*. Pretoria: JL van Schaik Publishers.
- De Vos, AS. 2002. *Research at Grass Roots. A Primer for the caring profession*. Pretoria: JL van Schaik Publishers.
- De Wet, JJ, Monteith, JL de K & Van der Westhuizen, GJ. 1981. *Opvoedende leer*. Durban: Butterworth.
- Dennill, K, King, L & Swanepoel, T. 1999. *Aspects of Primary Health Care*. Johannesburg: International Thomson Publishing (South Africa) (Pty) Ltd.
- Dennill, K, King, L & Swanepoel, T. 2001. *Aspects of Primary Health Care*. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa.
- Department of Health, Northern Cape – Strategic Plan, July 2002. <http://www.notherncape@gov.co.za>.

- Department of Education, Science and Training, Commonwealth of Australia – National Review of Nursing Education. December 2001. <http://www.dest.gov.au>
- Diamond, RM. 1975. *Designing and Assessing Courses and Curricula*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Dolence, MG. 2003. The learner-centered curriculum approach. <http://www.mgdolence.com>
- Dreyer, MS, Hatting, S & Lock, M. 1997. *Fundamental Aspects of Community Nursing*. Johannesburg: International Thomson Publishing (South Africa) (Pty) Ltd.
- Eating-OUT Web Services CC. 2006. Restaurants Northern Cape. Northern Cape Restaurant guide. Hyperlink [<http://www.dining-out.co.za/Northern-Cape-Map.asp>]. 25 August 2006.
- Edwards, E & Talbot, R. 1999. *The Hard-pressed researcher. A research handbook for the caring professions*. United States of America: Addison Wesley Longman Publishing.
- Evans, N. 2000. *Experiential learning around the world*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Flora, CB, Flora, JL, Spears, JD, Swanson, LE, Lapping, WB & Weingberg, ML. 1992. *Rural Communities*. Legacy and Change. USA: Westview Press.
- Foley, G. 2004. *Dimensions of Adult Learning. Adult education and training in a global era*. England: Open University Press.
- Forsyth, DR & McMillan, JH. 1991. *Practical proposals for Motivating Students*. In RJ Menges & MD Sviniki (eds.), *College Teaching: From Theory to Practice*. New Directions in Teaching and Learning, no 45. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garrison, DR. 1989. Facilitating self-directed learning: Not a contradiction in terms. In Long, HB (ed.), *Self-directed learning: Emerging theory and practice*. USA: University of Oklahoma.
- Goldman, R. 1972. Effects of a logical versus a mnemonic learning strategy on performance in two undergraduate psychology classes. *Journal of Educational Psychology*, 65(4): 364-370.
- Gibbons, WG, Adamo, G, Padden, D, Ricciardi, R, Graziano, M, Levine, E & Hawkins, R. 2002. Clinical Evaluation in Advanced Practice Nursing Education: Using Standardised Patients in Health Assessment. *Journal of Nurse Education*, 41(5): 215-221.
- Gravett, S & Geyser, H. 2004. *Teaching and Learning in Higher Education*. Pretoria: Van Schaik.
- Gustafsson, U & Nettleton, S. 1992. The health of two nations: national strategies for public health and health promotion in England and Sweden. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 12(3): 1-25.
- Gwele, N. 1998. A Review of PHC Education for Nurses. *South African Health Review*, Chapter 8, 1998.
- Hall, E & Erasmus, J. 2003. Medical Practitioners and Nurses. *HRD Review*, Chapter 23, 2003.
- Hatting, SP, Dreyer, M & Roos, S. 2006. *Aspects of Community Health*. Oxford University Press: Cape Town.

- Henning, E, Van Rensburg, W. & Smit, B. 2004. *Finding your way in qualitative research*. Pretoria: Van Schaik.
- Highfield, ME. 1988. Learning styles. *Nurse Educator*, 13(6): 30-33.
- Hobbs, T. 1992. *Experiential Training*. New York: Tavistock / Routledge.
- Hodgkinson, CA & Maree, JG. 1998. Action Research: Some guidelines for first time researchers in education. *Journal Education and Training*, 19(2): 51-65.
- Holtzclaw, LR. 1985. Adult learners' preferred learning styles, choices of courses and subject areas for prior experiential learning credit. *Lifelong Learning*, 8(6): 23-28.
- Hopkins, CD & Antes, RL. 1990. *Classroom measurement and evaluation*. Itasca, Illinois: Peacock Publishers, Inc.
- Ijumba, P. 2002. Voices of Primary Health Care Facility Workers. *South African Health Review*, 2002. Durban: Health Systems Trust.
- Issenberg, SB, Gordon, MS, Gordon, DL, Safford, RE & Hart, IA. 2001. Simulation and new learning technologies. *Medical Teacher*, 23(1): 16-23.
- Jacobs, M, Vakalisa, N & Gawe, N. 2004. *Teaching-Learning Dynamics. A participative approach for outcome based education*. Cape Town: Heinemann.
- Jansen, J & Christie, P. 2000. *Changing curriculum: Studies on Outcomes-based Education in South Africa*. Kenwyn: Juta.
- Jarvis, P. 1987. *Adult Learning in the Social Context*. London: Croom Helm.
- Jarvis, P. 1995. *Adult and Continuing Education. Theory and Practice*. London and New York: Routledge.
- Jordaan, V. 1989. *Kurrikulumontwikkeling vir onderwysopleiding aan Kaaplandse Onderwyskolleges*. Ongepubliseerde D.Ed. tesis, Universiteit van Stellenbosch.
- Kessenick, CR. 2000. Teaching Health Assessment in Advanced Practice Nursing Programs. *Nurse Educator*, 25(4): 170-172.
- Keogh, JJ. 1997. Primary Health Care: from classroom to reality. *Nurse Education Today*, 17(5): 376-380.
- Knowles, MS. 1975. *Self-directed learning: A guide for teachers and learners*. Chicago: Association Press.
- Knowles, MS. 1980. *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Chicago: Follett Publishing Co.
- Knowles, MS & Assosiate. 1984. *Andragogy in Action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Knox, AB. 1978. *Adult development and learning*. London: Jossey-Bass.
- Knox, AB. 1980. Proficiency Theory of Adult Learning. *Contemporary Educational Psychology*. 5: 378-404.

- Kolb, D. 1981. Learning styles and disciplinary differences. In A Chickering (ed.), *The modern American College*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kolb, DA. 1984. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kozma, RB. , Belle, L.W. & Williams, G.W. 1978. *Instructional techniques in higher educations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Educational Technology Publications.
- Krause, MW. 2003. *The development of a framework for the education and training of undergraduate physiotherapy students*. Unpublished Ph.D. thesis. University of the Free State, Bloemfontein.
- Laschinger, HK & Boss, MW. 1984. Learning styles of nursing students and career choices. *Journal of Advanced Nursing*, 9: 375-380.
- Laurillard, D. 1979. The process of student learning. *Higher Education*, 8(4): 395-409.
- Lowman, J. 1984. *Mastering the Techniques of Teaching*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lowman, J. 1990. Promoting Motivation and Learning. *College Teaching*, 38(4): 136-139.
- Lucas, AF. 1990. Using Psychological Models to Understand Student Motivation. In J Svinicki (ed.), *The Changing Face of College Teaching. New Directions for Teaching and Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lyons, J. 1999. Recognising Through Feeling. A Physical and Computer Simulation Based on Educational Theory. *Computers in Nursing*, 17(3): 114-119.
- Maehl, WH. 2000. *Lifelong learning at its best*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Malan, B. 1997. *Excellence through outcomes*. Pretoria: Kagiso Publishers.
- Marrow, CE, Hollyoake, K, Hamer, D & Kenrick, C. 2002. Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account. *Journal of Nursing Management*, 10, 275-282.
- McCoy, D. 1999. What are some of the problems in nursing today? *HST update*, 46(9): 8-9.
- Mehrens, WA & Lehman, IJ. 1991. *Measurement and evaluation in education and psychology*. San Francisco: Holt, Rhinehart and Winston, Inc.
- Mekwa, J. 2000. Transformation of Nursing Education. *SAHR (South African Health Review)* 2000. Johannesburg: SAHR.
- Mellish, JM, Brink, HIL & Paton, F. 1998. *Teaching Nursing & Learning the practice of Nursing*. Johannesburg: Heinemann.
- Merriam, SB & Brocket, RG. 1997. *The Profession and Practice of Adult Education. An introduction*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Merriam, SB & Caffarella, RS. 1999. *Learning in Adulthood. A comprehensive Guide*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Meyer, S. 1999. Telematic Education: A Reality in Nursing Education. Report as part of an assignment for a module of Master's degree in Computer Assisted Education. [Electronic], 13 December 1999, Available: www.up.ac.za/academic/nursing/ports/salome [2003, March 3]
- Meyer, S. 2000. Paper presented at the 2nd National NADEOSA Conference held 21-22 August 2000.
- Mouton, J. 2001. *How to succeed in your master's and doctoral studies*. Pretoria: Van Schaik Publishers.
- Mostert, JM. 1986. *'n Model vir Prosedures in Kurrikulumnavoring en –ontwikkeling in die Republiek van Suid-Afrika*. Verslag van die Menslike Wetenskaplike Navorsingsraad.
- Napthine, R. 1996. Clinical Education. *Australian Nursing Journal*, 3(9): 20.
- National Review of Nursing Education. Discussion Paper. 2001. Chapter 7. *Nurse Education and Training Today*. Australia: Commonwealth Department of Education, Science and Training. [Electronic: <http://www.dest.gov.au>]
- Nicol, M & Freeth, D. 1998. Assessment of clinical skills: a new approach to an old problem. *Nurse Education Today*, 18: 601-609.
- Nicol, JJ, Fox-Hiley, A, Bavin, CJ & Sheng, R. 1996. Assessment of clinical and communication skills: operationalising Benner's model. *Nurse Education Today*, 16: 175-179.
- Nijhof, WJ. 1995. *De realisering van het curriculum*, in J Lowyck & N Verloop, *Onderwijskunde: een kennisbasis voor professionals*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Ntshona, M. 2000. Nurse Training. *HST Update*, 54(8): 3.
- Ornstein, AC & Hunkins, F. 1993. *Curriculum Foundations, Principles and Theory*. United States of America: Allyn and Bacon.
- Parahoo, P. 1997. *Nursing Research. Principles, Process and Issues*. New York: Palgrave Macmillan.
- Parchoma, G. 2003. Learner-centered Instructional Design and Development: Two Examples of Success. *Journal of Distance Education*, 18(2): 35-60.
- Pask, G. 1976. Styles and strategies of learning. *British Journal of Educational Psychology*, 46(4): 128-148.
- Pescosolido, BA & Boyer, CA. 2001. *The American health care system: Entering the twenty-first century with risk, major challenges, and great opportunities*. New Jersey: WC Cockerham ed. Blackwell Publishers.
- Potgieter, E. 1999. Relationship between the Whole Brain Creativity Model and Kolb's Experiential Learning Model. *Curationis*, 22(4): 9-14.
- Pratt, D. 1994. *Curriculum Planning: A Handbook for Professionals*. Texas: Harcourt, Brace, Jovanovich, Inc.
- Pretorius, L, Marais, S & Martin, R. 1997. *Social Problems and the Sociology of Health*. Pretoria: University of South Africa (Study Guide SOS 202-A).

- Provinsiale Administrasie: Wes-Kaap Departement Gesondheid Omsendskrywe, KVP 1/1: 2003.
- Pick, W. 1997. Policy in Progress: Primary Health Care Training. *Health Systems Trust Update*, 26(8): 7-10.
- Pigg, KE, Bush, L & Lacy, WB. 1980. Learning styles in adult education: a study of county extension agents. *Adult Education*, 30(4): 233-244.
- Quinn, FM. 1991. *The Principles and Practice of Nurse Education*. London: Chapman and Hall.
- Radebe, G. 2000. Nurse training for the District Health System. *HST Update*, 54(8): 5.
- Rifkin, SB & Walt, G. 1986. Why health improves: defining the issues concerning "Comprehensive primary health care" and "Selective primary health care". *Social science medicine*, 23(6): 559-566.
- Rogers, A. 1996. *Teaching Adults*. Philadelphia: Open University Press.
- Ropo, E. 1986. Styles of studying in university. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, San Francisco, April 1986.
- Rowley, J. 2002. Using case studies in research. *Management research news*, 25(1): 16-27.
- SAHR (South African Health Review). 2000. *Transformation in Nursing Education*. 2000. Johannesburg: SAHR.
- SAHR (South African Health Review). 2002. *Voices of Primary Health Care Facility Workers*. 2002. Johannesburg: SAHR.
- SAHR (South African Health Review). 2003. Facilities survey. Johannesburg: SAHR.
- SAHR (South African Health Review). 2004. *Selected findings from the fourth national survey of primary health care facilities 2003*. Johannesburg: SAHR.
- Saljo, R. 1981. Learning approaches and outcome: some empirical observations. *Instructional Science*, 10(2): 47-65.
- Samual, S. 2003. Today's nursing education: Vision for the future. *Nursing Journal of India*, 94(1): 22-27.
- Sass, EJ. 1989. Motivation in the College Classroom: What Students Tell Us. *Teaching of Psychology*, 16(2): 86-88.
- Schaie, KW & Parr, J. 1981. Intelligence. In A Chickering (ed.), *The modern American college*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schubert, WH. 1986. *Curriculum – Perspective, Paradigm and Possibility*. New York: MacMillan Publishing Company.
- Sibaya, W & Muller, M. 2000. Transformation management of primary health care services in two selected local authorities in Gauteng. *Curationis*, 23(4):6-14.
- Simms, C, Rowson, M & Peattie, S. 2001. *The bitterest pill of all: the collapse of Africa's health systems*. London: Save the Children.

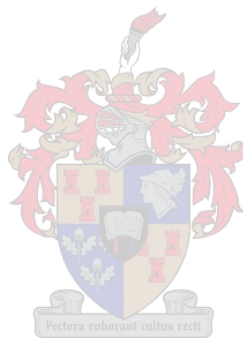
- Singleton, R, Straits, BC, Straits, MM & McAllister, RJ. 1988. *Approaches to social research*. London: Chapman and Hall.
- Skiba, DJ. 1999. The learning Collaboratory: A knowledge – building environment for Nursing Education. School of Nursing, University of Colorado Health Centre: 1-4.
- South African Department of Health, *Department of Health Statement*, 23 June 2005. [Electronic]. Available: <http://196.36.153.56/doh/docs/pr/2005/pr0623.html>.
- South Africa. 1997. *White Paper on the Transformation of the Health System*. [Electronic]. Available: <http://www.gov.za/whitepaper/1997/health.htm>
- Spencer, IWF. 1999. *Community Health. An introductory Orientation for South African Students*. Pietermaritzburg: Shuter & Shooter.
- Spencer, JA & Jordan, RK. 1999. Learner centred approaches in medical education. *British Medical Journal*, 318(7193): 1280-1283.
- Statistiek: Departement Gesondheid. 2004. [Electronic]. Available: <http://www.sanc.co.za> [2004, May 25].
- Stenhouse, L. 1976. *An Introduction to Curriculum research and development*. London: Heinemann Educational Books Ltd.
- Stern, DT. 2006. *Measuring clinical competence: An international perspective*. 12th International Ottawa Conference in Clinical Competence: New York. (Conference Paper)
- Steyn, P & Wilkinson, A. 1998. Understanding the Theoretical Assumptions of Outcomes-Based Education as a Condition for Meaningful Implementation. *South African Journal of Education*, 18(4): 203-208.
- Strachan, K. 1998. The Nursing Curriculum – how is it developed? *HST Update*, 54 (8): 11.
- Strachan, K. 2001. Case study: the Northern Cape. *HST Update*, 59(2): 8
- Strasser, S. 1998. Nurse Oriented Primary Health Care. *South African Health Review*. 1998. Johannesburg: SAHR.
- Strasser, S. 1999. Transforming Nursing Education towards Primary Health Care. *HST Update*, 46(9): 6-8.
- Strasser, S. 2000. Closing the theory-practice gap: the development of core competencies for primary level nurses. *HST Update*, 54(8): 7-9.
- Sultan, ML. 1997. University of Technology: Application for approval of a curriculum for a short course in Primary Clinical Skills for Listing at SANC. *South African Interim Nursing Council Document*, 205/97.
- Svensson, L. 1977. On qualitative differences in learning: III. Study skill and learning. *British Journal of Educational Psychology*, 47: 233-243.
- Thom, S. 2004. *Northern Cape – the Spaces Between*. [Electronic]. Available: <http://www.health-e.org.za> [2005, April 11].

- Tiberius, RG. 1990. *Small Group Teaching: A Trouble-Shooting Guide*. Toronto: Ontario Institute for Studies in Education Press.
- Tjaronda, W. 2005. Frustrated Nurses Resign in Droves. *New Era*, 18, February 2005.
- Uys, H.H.M. & Basson, A.A. 1983. Navorsingsmetodologie in die verpleegkunde. Pretoria: HAUM Opvoedkundige Uitgewers.
- Van Dyk, A. 2005. Prof. A Van Dyk [avandyk@unam.na], e-pos: 18/05/2005.
- Van Dyk, PS, Nel, PS & Van Zyl, LP. 1993. *Training Management. A Multi-disciplinary approach to human resources development in Southern Africa*. Johannesburg: Southern Book Publishers.
- Van Rensburg, HCL, Benatar, SR, Doherty, JE, McIntyre, DE, Ngweni, CG, Pelsner, AJ, Pretorius, E, Redelinghuys, N & Summerton, JV. 2004. *Health Care in South Africa*. Pretoria: Academia.
- Van Rensburg, HCL, Fourie, L & Pretorius, E. 1992. *Health Care in South Africa*. Pretoria: Academia.
- Van Rooyen, M. & Prinsloo, F. 2003. *Outcomes-based Assessment. A comprehensive handbook for South Africans*. Cape Town: Cambridge University Press.
- Verloop, N & Van der Schoot, F. 1995. Didaktische evaluatie. In J Lowyck & N Verloop (reds.), *Onderwijskunde: Een kennisbasis voor professionals*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Wahome, R. 2002. *Follow-up of activities to identify achievements of indicators for the PHC clinical training 2002 workplan*. Draft Report. Intrah, EQUITY Project, 2002. Elektronies: www.equityproject.co.za
- Walkin, L. 1990. *Teaching and Learning in Further and Adult Education*. England: Stanley Thornes Publishers.
- Walsh, JA. & Warren, KS. 1979. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301(18): 967-974.
- Watkins, D. 1983. Depth of processing and the quality of learning outcomes. *Instructional Science*, 12: 49-58.
- Weinert, FE & Kluwe, RWH. 1987. *Metacognition, Motivation and Understanding*. New Jersey: Erlbaum.
- Weerakoon, P. 2003. E-learning in sexuality education. *Medical Teacher*, 25(1): 13-17.
- Wilkinson, D & Laurence, C. 2002. Towards more rural nursing and allied health services: current and potential rural activity in the Division of Health Sciences of the University of South Australia. *Rural and Remote Health*, 105(2): 1-9.
- World Health Organisation. 1987. *Community based education of health personnel*. WHO. Technical Report Series. Geneva.
- World Health Organisation. 1988. *From Alma-Ata to the year 2000: reflections at the midpoint*. WHO. Geneva.

- World Health Organisation. 1988 a. *The challenge of implementation: District health services for primary health care*. WHO: Geneva.
- Uys, LR & Gwele, NS. 2005. *Curriculum Development in Nursing. Process and innovation*. New York: Routledge.
- Yang, B. 1999. 'How effectively do you use power and influence?' In M Silberman (ed.), *The 1999 Training and Performance Sourcebook*. New York: McGraw-Hill.
- Yin, RK. 1994. *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Young, MFD. 1998. *The Curriculum of the Future*. London: Farmer Press.



BYLAE A:
REGULASIES EN DIREKTIEF TEN OPSIGTE VAN DIE DIPLOMA-PROGRAM
IN KLINIESE VERPLEEGKUNDE



Goewermentskennisgewing No. R. 48

22 Januarie 1982

soos gewysig deur

No. R. 1432

1 Julie 1983

No. R. 2563

15 November 1985

No. R. 2189

19 November 1993

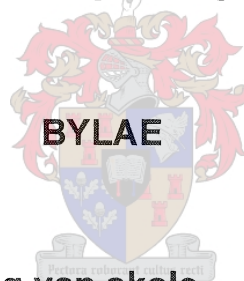
No. R. 71

17 Januarie 1997

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging

Regulasies vir die diploma in Kliniese Verpleegkunde, Gesondheidsdiagnose, -Behandeling en -Sorg

Die Minister van Gesondheid en Welsyn het, op die aanbeveling van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, kragtens artikel 45(1) van die Wet op Verpleging, 1978 (Wet 50 van 1978), die regulasies in die Bylae hiervan, uitgevaardig.



Voorwaardes vir die goedkeuring van skole

1. (1) 'n Skool kan goedgekeur word indien-

(a) die organisatoriese struktuur en die fasiliteite om die onderrigprogram aan te bied volgens mening van die raad bevredigend is;

(b) die onderrigprogram volgens mening van die raad bevredigend is;

(c) 'n persoon wat as 'n algemene verpleegkundige geregistreer is en teenoor wie se naam 'n addisionele kwalifikasie in verpleegonderrig en 'n addisionele kwalifikasie in verpleegadministrasie geregistreer is, by die raad as die persoon in beheer van die skool aangedui word;

(d) lede van die verpleegpersoneel wat aan die kliniese onderrig van studente deelneem, geregistreerde algemene verpleegkundiges is teenoor wie se name die addisionele kwalifikasie geregistreer is.

(2) Nieteenstaande die voorwaardes in hierdie regulasie voorgeskryf, kan die raad 'n skool goedkeur selfs al kan daar nie aan al die voorwaardes voldoen word nie. Goedkeuring kan op voorwaardes wat die raad mag bepaal, verleen word.

Toelating tot die kursus

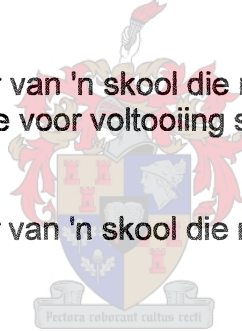
2. 'n Kandidaat moet aan die persoon in beheer van die skool voorlê:

- (a) bewys van lopende registrasie as 'n algemene verpleegkundige. Hierdie registrasie moet dwarsdeur die voorgeskrewe tydperk vir die kursus en totdat die uitslae van die eksamen gepubliseer word, in stand gehou word, by versuim waarvan die tydperk van die kursus wat deurloop is vanaf die datum van skrapping uit die register tot die datum van terugplasing, verbeur word;
- (b) 'n seniorsertifikaat of 'n gelykwaardige kwalifikasie, tensy die raad anders bepaal.

Registrasie, terugplasing, staking en voltooiing van die kursus

3. Ingevolge die regulasies betreffende die registers vir studente-

- (a) moet 'n student om registrasie of terugplasing op die register aansoek doen;
- (b) moet die persoon in beheer van 'n skool die raad in kennis stel indien 'n student die kursus om enige rede voor voltooiing staak, insluitende 'n oorplasing na 'n ander skool;
- (c) moet die persoon in beheer van 'n skool die raad in kennis stel wanneer 'n student die kursus voltooi.



Duur van die kursus

4. (1) Die kursus duur minstens een akademiese jaar van minstens tweehonderd (200) dae (diensvrydae uitgesluit).

(2) Indien 'n student van een skool na 'n ander oorskakel of die kursus voor voltooiing staak, moet die kursus opnuut hervat word, tensy die raad anders bepaal.

Die leergang

(Die leergang moet saam met die direktief wat van die raad verkrygbaar is, gelees word)

5. Opmerkings-

- (i) Al die vakke van die leergang moet dwarsdeur die kursus op toegepaste vlak gedoseer word;

- (ii) die etiese grondslae van verpleging moet dwarsdeur die kursus beklemtoon word;
- (iii) die wet wat die praktyk van verpleging beheer, met inbegrip van die regulasies betreffende die gedrag van geregistreerde verpleegkundiges wat onbetaamlike of skandelijke gedrag uitmaak, die regulasies betreffende die gedrag van ingeskrewe verpleegkundiges wat onbetaamlike of skandelijke gedrag uitmaak, die regulasies betreffende die gedrag van ingeskrewe verpleegassistenten wat onbetaamlike of skandelijke gedrag uitmaak, en die wetgewing wat op die verskillende aspekte van die leergang van toepassing is, moet dwarsdeur die kursus op toegepaste vlak gedoseer word;
- (iv) medies-geregtelike risiko's moet dwarsdeur die kursus beklemtoon word;
- (v) die maatskaplike, psigologiese, kulturele en fisiese verwantskap in gesondheid en siekte moet dwarsdeur die kursus beklemtoon word;
- (vi) die voorkomende, bevorderende, kuratiewe en rehabilitatiewe aspekte moet dwarsdeur die kursus beklemtoon word;
- (vii) die wetenskaplike beginsels onderliggend aan verpleging moet dwarsdeur die kursus beklemtoon word;
- (viii) Mikrobiologie, Parasitologie en Farmakologie moet dwarsdeur die kursus beklemtoon word.

- (1) Algemene siektetoestande.
- (2) Kliniese verpleging (farmakologie en ander) in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg.
- (3) Gesondheidsorgsisteme.
- (4) Navorsingsmetodologie en interpretasie van data.



Lesings, kliniese onderrig en praktika

6. Studente moet dwarsdeur die kursus sowel teoretiese as kliniese onderrig in die vakke soos in die leergang in regulasie 5 voorgeskryf, ontvang en praktika deurloop.

Eksamens

- 7. (1) Die eksamen bestaan uit twee gedeeltes, naamlik-
 - (a) 'n skriftelike gedeelte van twee vraestelle van drie uur elk; en
 - (b) 'n praktiese gedeelte wat deur die verpleegskool afgeneem word.
- (2) Om tot die eksamen toegelaat te word, moet die kandidaat-

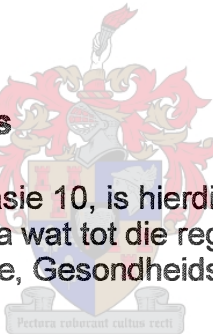
- (a) teen die einde van die maand waarin die eksamen afgeneem word, die voorgeskrewe tydperk vir die kursus voltooi;
 - (b) volgens die evaluering van die verpleegskool waar die kursus deurloop is, ten opsigte van houding, benadering, insig, kennis en vaardighede bevoeg en geskik wees vir toelating; en
 - (c) op die datum van die eksamen aan die bepalings van regulasie 6 voldoen.
- (3) Die eksamen word afgeneem ooreenkomstig die regulasies betreffende eksamens van die raad.
- (4) Die kursus bedoel in hierdie regulasies word vir die doeleindes van die toepassing van die regulasies bedoel in subregulasie (3) 'n nabasiese kursus genoem.

Registrasie van addisionele kwalifikasie

8. Aan 'n kandidaat wat in die eksamen geslaag het, word 'n sertifikaat van registrasie van die addisionele kwalifikasie sonder betaling van enige gelde uitgereik: Met dien verstande dat die kennisgewing in regulasie 3(c) voorgeskryf, ingedien is.

Toepassing van hierdie regulasies

9. Behoudens die bepalings van regulasie 10, is hierdie regulasies van toepassing op alle kursusse in die Republiek van Suid-Afrika wat tot die registrasie van 'n addisionele kwalifikasie in die Kliniese Verpleegkunde, Gesondheidsdiagnose, -Behandeling en -Sorg, lei.



Oorgangsklousule

10. (1) Behoudens die bepalings van subregulasie (2), doen hierdie regulasies geen afbreuk nie aan die bepalings van-

- (a) die regulasies gepubliseer kragtens die Wet op Verpleging, 1984 (Wet No. 13 van 1984), van die Republiek Ciskei, by Goewermentskennisgewing No. 14 van 1987, hierna die 1987-regulasies genoem, wat tot 31 Augustus 1997 van krag bly; en
- (b) die regulasies gepubliseer kragtens die Wet op Gesondheids- en Verwante Beroepe, 1985 (Wet No. 33 van 1985), van die Republiek Bophuthatswana, by Goewermentskennisgewing No. 51 van 23 Maart 1990, hierna die 1990-regulasies genoem, wat tot 31 Augustus 1997 van krag bly.

(2) Ondanks die bepalings van subregulasie (1), mag geen persoon na 31 Desember 1996, vir 'n kursus bedoel in die 1987- of 1990-regulasies inskryf nie.

Hierdie Web weergawe van hierdie regulasies © S A Raad op Verpleging.

Gereproduseer ingevolge die Staatsdrukker se Outeursregsvergunning 7977 van 28 Junie 1983.

U mag vir u eie of vir u organisasie se gebruik afskrifte van hierdie regulasies maak. U mag vrylik uit hierdie regulasies kwoteer op voorwaarde dat u na die korrekte Goewermentskennisgewingsnommer verwys. U mag NIE afskrifte van hierdie regulasies verkoop nie.



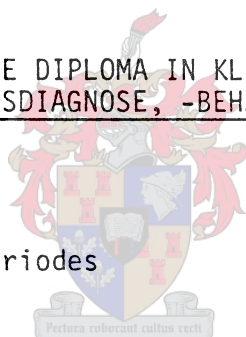


DIRECTIVE FOR THE DIPLOMA IN CLINICAL NURSING SCIENCE,
HEALTH ASSESSMENT, TREATMENT AND CARE

1. Introduction
2. Programme objectives
3. Course Content and number of periods
4. Learning experiences
5. Clinical practica
6. Evaluation strategies
7. Examination
8. Qualifications of lecturers

DIREKTIEF VIR DIE DIPLOMA IN KLINIESE VERPLEEGKUNDE,
GESONDHEIDSDIAGNOSE, -BEHANDELING EN -SORG

1. Inleiding
2. Programdoelstellings
3. Kursusinhoud en getal periodes
4. Leerervaringe
5. Kliniese praktika
6. Evalueringstrategieë
7. Eksamen
8. Kwalifikasies van lektore



Regulation Number
Regulasienommer

R 48

22/01/1982

Amendments
Wysigings

R 1432
R 2563

01/07/1983
15/11/1985

1. INLEIDING - ALGEMENE FILOSOFIE VIR DIE ONDERRIG EN OPLEIDING
VAN VERPLEEGKUNDIGES

(1) OOGMERKE VAN DIE SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING

Die oogmerke van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging word in artikel 3 van die Wet op Verpleging, Wet no. 50 van 1978 bepaal.

"3. Die oogmerke van die raad is -

- (a) om behulpsaam te wees met die bevordering van die gesondheidstandaard van die inwoners van die Republiek;
- (b) om behoudens die bepalings van die Wet op Chiropraktisyns, 1971 (Wet No. 76 van 1971), die Wet op Homeopate, Naturapate, Osteopate en Kruiekundiges, 1974 (Wet No. 52 van 1974), die Wet op Aptekers, 1974 (Wet No. 53 van 1974), die Wet op Geneeshere, Tandartse en Aanvullende Gesondheidsdiensberoepe, 1974 (Wet No. 56 van 1974), alle aangeleenthede rakende die onderrig en opleiding van en die wyse van uitoefening van die praktyke gevolg deur geregistreerde verpleegkundiges, vroedvroue, ingeskrewe verpleegkundiges en verpleegassistente, te beheer en gesag ten opsigte daarvan uit te oefen;

(c)/2

- (c) om skakeling van die onderrig en opleiding en die wyse van uitoefening van die praktyke bedoel in paragraaf (b), in die Republiek sowel as elders, en die standaarde van sodanige onderrig en opleiding en die wyse van uitoefening van sodanige praktyke in die Republiek te bevorder;
- (d) om die Minister van advies te bedien aangaande enige aangeleentheid wat binne die bestek van hierdie Wet val;
- (e) om inligting aan die Minister oor te dra aangaande aangeleenthede van openbare belang wat deur die raad in die loop van die verrigting van sy werksaamhede kragtens hierdie Wet ingewin word."

(2) DEFINISIE VAN VERPLEEGKUNDE

"Verpleegkunde is 'n menskundige, kliniese gesondheidswetenskap. Dit vorm die korpus van kennis vir die praktyk van persone wat as verpleegkundiges of vroedvroue onder die Wet op Verpleging geregistreer of ingeskryf is.

Binne die grense van verpleegkundige filosofie en etiek, is verpleegkunde gemoeid met die ontwikkeling van kennis vir die verpleegkundige diagnose,

behandeling/3

behandeling en gepersonaliseerde gesondheidsorg van diegene wat blootgestel is aan, ly aan, of herstel van fisiese of geestesongesteldheid. Dit behels die studie van voorkomende, bevorderende, kuratiewe en rehabilitatiewe gesondheidsorg vir individue, gesinne, groepe en gemeenskappe en dek die mens se lewensloop van voor geboorte af."

(3) ONDERWYS IN VERPLEGING

Die raad beklemtoon dat die onderrig en opleiding spesifiek gerig moet wees op die ontplooiing en ontwikkeling van die verpleegkundige op persoonlike en professionele vlak en dat die beginsels van leer gehandhaaf word, naamlik dat leer lei tot verandering van gedrag in die kognitiewe (verstandelike), affektiewe (interpersoonlike en emosionele) en psigo-motoriese (tegniese) aspekte, deur die aktiewe betrokkenheid van die student.

Die ontwikkeling van die vermoë tot analitiese krities-evaluerende en skeppende denke en die stimulering van die uitoefening van selfstandige beoordeling van wetenskaplike gegewens is van die allergrootste belang.

2. PROGRAMDOELSTELLINGS

Die geregistreerde verpleegkundige met 'n kennis en vaardigheid op hierdie spesiale gebied moet aan die einde van die kursus tot die volgende in staat wees:

- (1) Die aard, patologie, etiologie, epidemiologie, diagnose en terapie (insluitende farmakologie) van die belangrikste siektetoestande vir alle ouderdomsgroepe en onder alle omstandighede, insluitende krisis- en ramptoeestande, wat algemeen in die Republiek van Suid-Afrika voorkom, verstaan.
 - (2) Die psigo-sosiale, kulturele en wetlike implikasies wat akute en langtermyn siektetoestande vir die individu, sy gesin en die gemeenskap inhou, begryp.
 - (3) Oor die nodige diagnostiese, terapeutiese, interpersoonlike, psigo-motoriese en spesifieke bestuursvaardighede beskik om die verpleegkundige daartoe in staat te stel om terapie te verskaf, voor te skryf en toe te pas en die nodige geskrewe rekords en statistieke te hou. Sodoende word die verpleegkundige in staat gestel om die nodige pasiëntebehandeling en -sorg te lewer.
- (a) Interpersoonlike vaardighede, bv.

Die neem van 'n gesondheidsgeskiedenis

Die hantering van angs en psigologiese verdedigingsmeganismes wat sowel die pasient as sy gesin mag toon

Empatie

Terapeutiese kommunikasietegnieke

(b)/..... 5

(b) Diagnostiese en terapeutiese vaardighede

Vaardighede in diagnostiese en terapeutiese tegnieke wat op siektetoestande wat mees algemeen voorkom, betrekking het.

(c) Wetenskaplike metode

N B Al die handelinge moet skriftelik op die rekord van die pasiënt aangebring word.

Onderzoek

- Neem 'n gesondheidsgeskiedenis van die pasiënt en sy familie
- doen 'n volledige fisiese ondersoek van al die sisteme van die liggaam
- Doen ondersoeke wat betrekking het op algemene siektetoestande
- Raadpleeg rekords van ander spanlede
- Identifiseer die potensiële fisiese, psigiese en sosiale probleme van die pasiënt, sowel as moontlike oorsake daarvan, wetenskaplik
- Diagnoseer die siektetoestand

Beplanning

- Identifiseer spesifieke, meetbare en toepaslike doelstellings vir verpleegtussentrede skriftelik ten opsigte van elke pasiëntprobleem en skryf behandeling voor
- Stel realistiese keertye vir die bereiking van hierdie doelstellings en sluit gereelde kontroleertye daarby in

- Identifiseer/6

- Identifiseer en skryf voor wetenskaplik gefundeerde verpleeg- en ander terapeutiese aksies, insluitende farmakologiese voorskrif wat die pasiënt heelwaarskynlik in staat sal stel om die vooropgesette doelstellings te bereik
- Identifiseer ontslagkriteria (terminale- en langtermyn doelstellings)

Implementering

- Implementeer alle beplande aksies
- Pas plan by huidige situasie aan
- Hanteer krisissituasies soos hulle opduik

Evaluering

- Kontroleer en noteer die pasiënt se toestand gereeld volgens keertyd en kontroleertyd aangedui op die plan
- Pas plan by veranderde omstandighede aan
- Evalueer doeltreffendheid van die tussentrede en bring nodige veranderinge aan.

- (4) Gesondheidsonderrig aan die individu en/of groepe en gemeenskappe kan gee om algemene siektetoestande te voorkom, en om gesondheid en rehabilitasie te bevorder;
- (5) Die primêre, sekondêre en tersiêre gesondheidsorgsisteme waarbinne hierdie siektetoestande behandel word, begryp.

- (6) Doeltreffend kan funksioneer as 'n onafhanklike verpleegkundige en interafhanklike lid van die multidisiplinêre gesondheidspan in sekondêre voorkoming en waar nodig as leier in spanverband kan optree.
- (7) Professionele en persoonlike ontwikkeling gedurende die loop van die onderrigprogram toon en die gemenereg en statutêre reg wat verpleegpraktyk en die praktyk van verloskunde beheer, sowel as dié wat betrekking het op gesondheid en welsynsdienslewering, kan toepas.
- (8) Die navorsingsproses begryp, navorsingsgegevens en -verslae met behulp van hierdie kennis interpreteer en gebruik en sinvol aan navorsingsprojekte deelneem.

3. KURSUSINHOUD EN GETAL PERIODES

(1) Algemene siektetoestand (120 periodes)

Die aard van die belangrikste algemene siektetoestande vir alle ouderdomsgroepe (naam, tekens en simptome)

Patologie

Etiologie - biofisies, biochemies, mikrobiologies, anatomies, fisiologies

Epidemiologie

Terapie, insluitende farmakologie

(2) Gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg (200 periodes)

Die wetenskaplike metode ten opsigte van:

Primêre voorkoming - normale groei en ontwikkeling, voorkoming van aangebore en algemene siektes, voedingsgebreke, identifisering van hoë risiko-faktore gesondheidsvoorligting en -onderrig

Sekondêre voorkoming - (vroee opsporing, behandeling/verwysing)
 Die metodes vir die neem van 'n geskiedenis, waarneem van evaluering, die maak van 'n verpleegdiagnose en die rationale vir behandeling en sorg wat deur 'n verpleegkundige vir 'n bepaalde pasiënt verskaf kan word. Die klem moet geplaas word op praktyk binne die gesondheidspan-konsept en op die kliniese vaardighede wat nodig is vir veilige praktykvoering en vir praktykvoering in afgesonderde gebiede, vir noodtoestande en in 'n ramptoestand. Rationale vir, en metodes van verwysing na ander lede van die gesondheidspan/klinieke of hospitale moet beklemtoon word.

Tersiêre voorkoming - Psigo-sosiale implikasies van chroniese siekte en gestremdheid en die rehabilitasieproses.

(3) Gesondheidsorgsisteme (60 periodes)

Die multidissiplinêre gesondheidspan in 'n omvattende gesondheidsorgstelsel met besondere verwysing na primêre, sekondêre en tersiêre gesondheidsorgsisteme
 Beleid (en wette) van toepassing op hierdie dienste.

(4) Navorsingsmetodologie en interpretasie van data (20 periodes)

- (a) Die verskillende metodes in navorsing, veral epidemiologiese navorsing
- (b) Basiese begrippe in statistiese gegewens.

4. LEERERVARINGE

- (1) Periodes van onderrig behels nie net formele lesingperiodes nie, maar sluit kliniese groepbesprekings en -demonstrasies, seminare, simposiums, groepbesprekings, paneelprojekte, tutoriale, auto-tutoriale tegnieke en groepprojekwerk in die lesingkamer, in die gemeenskap en in pasiëntesorg in.

L W (i) Formele onderrig moet so na as moontlik verband hou met die kliniese onderrig van studente in die sale en afdelings van die skool en in gemeenskapsgesondheidsdienste. Die behoefte aan voortdurende raadpleging en samewerking tussen al die persone wat aan die onderwys van studente op sowel teoretiese as kliniese vlak deelneem, kan nie oorbeklemtoon word nie.

- (ii) 'n Periode van onderrig duur minstens 40 minute.

5. KLINIESE PRAKTIKA

Dit moet ondervinding bied in die diagnose, behandeling en sorg van pasiënte met algemene siektetoestande, vir alle ouderdomsgroepe en in primêre, sekondêre en tersiêre gesondheidsorgsisteme en moet oor 'n tydperk van minstens 960 uur strek.

'n Gedeelte van die voorgeskrewe ure moet in die kliniese situasie deurgebring word, onder die noulettende toesig van die geneeshere en verpleeginstrukteurs wat met die kursus gemoeid is. 'n Verdere gedeelte moet bestee word aan praktika waar die student volle verantwoordelikheid vir sy eie pasiënte aanvaar, maar binne die totale spanverband en onder die algemene toesig van verpleeginstrukteurs/perseptors en die minder direkte toesig van geneeshere.

6. EVALUERINGSSTRATEGIEË

Kliniese Evaluering

Die volgende programdoelstellings (soos in 2. hierbo uiteengesit) moet hoofsaaklik in die kliniese praktyk ge-evalueer word:

- (1) Interpersoonlike vaardighede in verpleging.
- (2) Psigo-motoriese vaardighede
- (3) Die gebruik van die wetenskaplike metode in gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg:-

Evaluering van die pasiënt

Bepanning van behandeling en sorg

Implementering van verpleeg- en
terapeutiese optrede

Evaluering van die tussentrede

Rekordhouding

- (4) Funksionering as onafhanklike verpleegkundige, as leier en as lid van die multi-dissiplinêre gesondheidspan.
- (5) Professionele en persoonlike ontwikkeling

h Evalueringsinstrument of -instrumente ten opsigte van hierdie doelstellings moet deur die skool opgetrek en aan die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging vir goedkeuring voorgelê word.

7. EKSAMEN

(a) Skriftelike gedeelte

Die vraestelle sal min of meer soos volg opgestel word:

<u>Vraestel 1</u>	Gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg van die kind
<u>Vraestel 2</u>	Gesondheidsdiagnose, -behandeling en -sorg van die volwassene.

N B Dit word beklemtoon dat die vraestelle oor die leerplan in sy geheel gestel word.

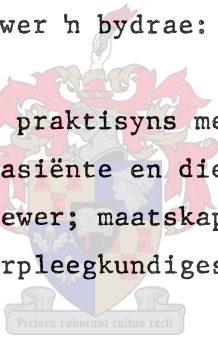
(b) Praktiese gedeelte

Die praktiese gedeelte van die eksamen bestaan uit 'n evaluering volgens die doelstellings soos in paragraaf 6 uiteengesit en word deur die skool afgeneem.

8. KWALIFIKASIES VAN LEKTORE

Kwalifikasies van persone wat by die onderwysprogram betrokke is, word nie gespesifiseer nie. Die patologie, diagnostiese prosedures en voorskryf van verdowingsmiddels moet aanvanklik deur 'n mediese praktisyn aangebied word. Die volgende kategorieë lewer 'n bydrae:

Mediese en verpleegkundige praktisyns met gespesialiseerde kennis van die gesondheidsbehoefte van pasiënte en die bydrae wat die verpleegkundige tot sekondêre voorkoming kan lewer; maatskaplike werkers, aptekers, mikrobioloog, gemeenskapsverpleegkundiges, gesondheidsdiens-administrateurs.



L W Aangesien die meeste van die leerstof van die vereiste basiese wetenskappe, saaladministrasie, kliniese onderrig, geskiedenis en etos van verpleging nou in die leergange vir basiese kursusse ingesluit is, moet hierdie vakke nie in na-registrasie kliniese kursusse ingesluit word nie. Daar moet van studente verlang word om hulle kennis in hierdie vakke deur middel van selfstudie by te bring. Hulle kennis van hierdie vakke moet deur die skool getoets word.

Sept. 1981

Maart 1982

Mei 1982

Junie 1987mf/DIRECA/klin verpl gesond

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging

Regulasies betreffende die aanhou, verskaffing, toediening of voorskryf van medisyne deur Geregistreeerde Verpleegkundiges

Die Minister van Gesondheid en Welsyn het, op aanbeveling van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, kragtens artikel 45 van die Wet op Verpleging 1978 (Wet 50 van 1978), die regulasies in die Bylae hiervan uiteengesit, uitgevaardig.

BYLAE

1. In hierdie Bylae beteken "die Wet" die Wet op Verpleging, 1978 (Wet 50 van 1978), en het enige uitdrukking waaraan 'n betekenis in die Wet toegeken is, daardie betekenis, en, tensy uit die samehang anders blyk, beteken-

"artikel" 'n artikel van die Wet;

"gemagtigde verpleegkundige" 'n geregistreeerde verpleegkundige bedoel in artikel 38A van die Wet [Opmerking (1)];

"herverpakte vorm" 'n verpakking van voorgeskrewe medisyne wat vooraf uit grootmaat verpak is vir die onmiddellike gebruik deur 'n pasiënt;

"ongelyste medisyne" enige medisyne of verwante stof wat nie gelys is in enige Bylae tot die Wet op Medisynebeheer nie;

"voorgeskrewe medisyne" 'n medisyne of verwante stof bedoel in regulasie 2;

"Wet op Medisynebeheer" Wet op die Beheer van Medisyne en Verwante Stowwe, 1965 (Wet 101 van 1965).

2. 'n Gemagtigde verpleegkundige mag, onderworpe aan die bepalings van artikel 38A en die voorwaardes vervat in regulasie 3, die volgende aanhou en aan 'n persoon verskaf of toedien of vir die gebruik deur 'n persoon voorskryf:

(a) 'n Ongelyste medisyne;

(b) enige medisyne of stof gelys in Bylae 1, Bylae 2, Bylae 3 of Bylae 4 tot die

Wet op Medisynebeheer.

Voorwaardes waaronder 'n gemagtigde verpleegkundige 'n voorgeskrewe medisyne mag verskaf, toedien of voorskryf

3. 'n Gemagtigde verpleegkundige wat 'n voorgeskrewe medisyne kragtens hierdie regulasies aan 'n pasiënt verskaf, toedien of vir 'n pasiënt voorskryf moet-

(a) direk na sodanige verskaffing, toediening of voorskryf-

- (i) die diagnose deur die verpleegkundige aangaande die pasiënt se gesondheidstoestand gemaak;
- (ii) die naam, hoeveelheid, sterkte en dosis van die medisyne verskaf, toegedien of voorgeskryf, na gelang van die geval;
- (iii) die nommer van die Bylae van die Wet op Medisynebeheer waaronder sodanige medisyne gelys is (indien enige);
- (iv) die datum en tyd van die verskaffing, toediening of voorskryf,

in die pasiënt se lêer of behandelingsrekord, na gelang van die geval, inskryf, en teenoor daardie inskrywing die datum en tyd van die inskrywing, sy naam en registrasiekategorie in drukletters asook sy handtekening, aanbring;

(b) toesien dat in die geval waar sodanige medisyne aan 'n pasiënt verskaf word, die medisyne in 'n oorspronklike of in 'n herverpakte vorm is en dat die houër van die medisyne geëtiketteer is met-

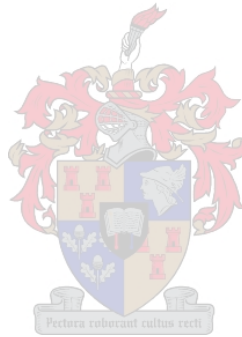
- (i) die goedgekeurde naam, hoeveelheid en sterkte van die medisyne;
- (ii) die nommer van die Bylae van die Wet op Medisynebeheer (indien enige) waaronder die medisyne gelys is;
- (iii) die naam van die pasiënt en sy lêer- of behandelingsrekordnommer na gelang van die geval;
- (iv) die dosis van die medisyne; en
- (v) die adres van die instansie wat die medisyne voorsien.

Opmerking (1). - Aandag word daarop gevestig dat ingevolge artikel 38A die Direkteur-generaal, die betrokke direkteur van hospitaaldienste, die betrokke mediese gesondheidsbeampte of geneesheer wat beheer voer oor 'n betrokke organisasie wat 'n gesondheidsdiens verrig en wat deur die Direkteur-generaal in oorlegpleging met die Suid-Afrikaanse Aptekersraad aangewys is, 'n geregistreerde verpleegkundige moet magtig en dat hy die handeling wat so 'n verpleegkundige kan verrig, na oorleg met die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, moet bepaal.

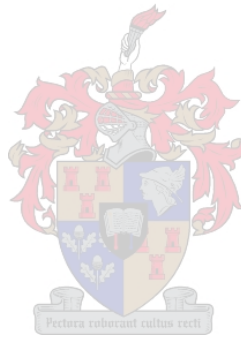
Hierdie Web weergawe van hierdie regulasies © S A Raad op Verpleging.

Gereproduseer ingevolge die Staatsdrukker se Outeursregsvergunning 7977 van 28 Junie 1983.

U mag vir u eie of vir u organisasie se gebruik afskrifte van hierdie regulasies maak. U mag vrylik uit hierdie regulasies kwoteer op voorwaarde dat u na die korrekte Goewermentskennisgewingsnommer verwys. U mag NIE afskrifte van hierdie regulasies verkoop nie.



BYLAE B1:
TOESTEMMING TOT NAVORSING AAN MEV. THUMSI





UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
 • kennis maak • your knowledge partner

2 NOVEMBER 2004

Mrs Mary Thunsi
 Director: Districts
 Northern Cape
 Private Bag x5049
 Kimberley
 FAX: 0538334394

Enquiries: Miss Stéphanie van der Walt
 Tel. 0219389298
 Fax: 0219326588
 email: svdw@sun.ac.za

Dear Mrs Thunsi

PERMISSION TO CONDUCT A RESEARCH STUDY

I am a PhD-student at Stellenbosch University with the title of my dissertation:
[A framework for training of clinical nurses in the rural area of the Northern Cape]

I am interested in finding ways to accommodate the needs of the nurses working in the rural areas, regarding further professional development and training, while acknowledging the problems from a service perspective and other logistical problems you as service provider are experiencing.

My experience has indicated to me that you as a province indeed have vast distances to travel to attend courses but irrespective this, you are honestly interested in training the nurses in your services to be able to render high quality primary health care. Thus my interest in focusing my research on your province.

I will appreciate it sincerely if you can grant me permission to:

a) Visit your rural clinics between January to February 2005 to conduct interviews with the staff at the clinics; (\pm 15-20 minutes/interview);

Request permission: Stephanie van der Walt

- b) Complete a questionnaire (10-20 minutes/questionnaires) ;
- c) Access records for statistical purposes at the different venues.

After a period of \pm 6 months, a subsequent questionnaire will probably be sent to the individual nurses.

All information will be coded to ensure anonymity and no reference will be made to any specific nurse and/or clinic.

If you are interested, a copy of the research will be given to you on completion.

All costs, including traveling, accommodation, duplication of questionnaires will be for the account of myself – thus the project has no human resource or financial implications for your institution.

The project is carried out under supervision of Prof Chris Kapp from the Department of Education, Stellenbosch University.

I will appreciate it if you will grant permission for the project. An answer on/before 20 November 2004 will be highly appreciated.



Once permission has been granted from you, I will contact each clinic personally prior to my first visit to organize a time most convenient to them. I will thus be more than thankful if you can provide me of a list with contact details of the different clinics involved.

My contact details are:

Tel. 0827848354

Email: svdw@sun.ac.za

Thank you very much for attending to my request. I am looking forward to a response.

Stephanie van der Walt
.....

Miss Stéphanie van der Walt

Request permission: Stephanie van der Walt



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

12 January 2005

Mrs Mary Thunsi

Director: Districts

Northern Cape Province

Private Bag X 5049

Kimberley

Fax: 053 8334394

Dear Mrs Thunsi

Permission to conduct a research study

I sent you a fax on 2 November 2004 asking permission to conduct a research study in your province. I did ask permission to do the field work between January and February 2005, but due to unforeseen circumstances, I will not be able to visit the clinics during this period. I will appreciate it sincerely if you can grant me permission to visit the clinics between June and July 2005 to conduct the interviews with the staff and give them the opportunity to complete the questionnaires as indicated in my first request?

I do attach the original letter of 2 November 2004 to this letter.

Hope you and your personnel have a prosperous 2005.

Kind regards

SvdWalt

Miss S van der Walt

021 938 9298

082 7848 354

svdw@sun.ac.za

Fakulteit Gesondheidswetenskappe • Faculty of Health Sciences



BYLAE B2:
TOESTEMMINGSBRIEF: DR. THYS TEN OPSIGTE VAN NAVORSING



Van der Walt Stephanie <svdw@sun.ac.za>

From: Farida Damons [Fdamons@kbhsp.ncape.gov.za]

Sent: 09 February 2005 03:46 PM

To: Van der Walt Stephanie <svdw@sun.ac.za>

Subject: Permission to conduct a research study

Dear Stephanie

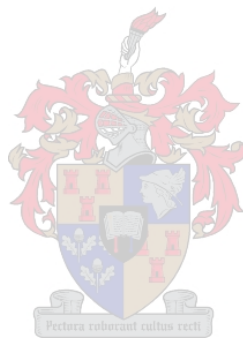
Permission has been granted to conduct a research study as requested.

Thank you,

Farida (sec. to Medical Director)



**BYLAE C:
VRAELYS**



VRAELYS OM DIE OPLEIDINGSBEHOEFTE VAN KLINIESE VERPLEEGKUNDIGES IN DIE NOORD-KAAP TE ONDERSOEK

Geagte respondent

Daar is tans verskeie opleidingskursusse beskikbaar in die diagnosering, behandeling en sorg van pasiënte. Die mening is dat daar tans egter nie voldoende verpleegkundiges opgelei word nie. Verskeie faktore word hiervoor genoem, byvoorbeeld dat die kursusme nie toeganklik is vir diegene in die platteland nie, die aanbiedingswyses maak dit moeilik om die kursus te volg of die metodes van assessering is nie geskik vir verpleegkundiges nie.

Ek is besig met my doktrale studie aan Stellenbosch Universiteit. Ek stel spesifiek belang om 'n opleidingsraamwerk op te stel wat geskik is vir verpleegkundiges in die platteland. Ten einde dit egter te kan doen, het ek u mening en insette nodig.

U is gekies omdat u **reeds opleiding as kliniese verpleegkundiges (Primêre Gesondheidsorg)** gehad het. Op grond van 'n ewekansige steekproeftrekking word u gevra om deel te neem aan die projek. Indien u bereid is om betrokke te wees, word u versoek om 'n vraelys te voltooi. Die vraelys sluit in gestruktureerde vrae (waar u slegs 'n kruisie (x) by u spesifieke antwoord aandui) en ander ongestruktureerde vrae (waar u u eie mening moet aandui). Die vraelys sal tussen 20 minute en 25 minute duur om te voltooi. Daar is geen korrekte of foutiewe antwoorde nie. Ek stel net belang in u eie mening.

U hoef nie u naam op die vraelys aan te dui nie. Ter wille van bruikbaarheid van die vraelys is dit belangrik dat u al die vrae sal voltooi. U mag egter enige tyd besluit om deelname aan die studie te staak, of om nie deel te neem nie. U sal geensins op enige wyse benadeel word indien u besluit om nie deel te neem nie.

U sal geen finansiële vergoeding ontvang vir u deelname aan die studie nie. Die studie kan egter 'n waardevolle bydrae lewer om dit vir verpleegkundiges in die platteland moontlik te maak om verdere opleiding te ontvang.

Die studie word gedoen onder leiding van Prof Chris Kapp van Departement Opvoedkunde, Stellenbosch Universiteit. Toestemming is ook reeds verkry vanaf die Direkteur: Navorsing, Departement Gesondheid in die Noord-Kaap. Indien u enige verdere navrae het of inligting verlang, is u welkom om Stephanie van der Walt te kontak by selfoon 082-7848354 of e-pos: svdw@sun.ac.za.

Die inligting sal ontleed word en gebruik word vir 'n doktrale tesis en vir publikasie in 'n wetenskaplike tydskrif en moontlik wetenskaplike kongresse. Voltooiing van die vraelys is 'n aanduiding van u toestemming om wel aan die studie deel te neem.

Baie dankie vir u samewerking

Stephanie van der Walt

Stéphanie van der Walt

DIE VRAELYS HET SPESIFIEK BETREKKING OP DIE TYDPERK TOE U SELF OPLEIDING AS KLINIESE VERPLEEGKUNDIGE (PRIMÊRE GESONDHEIDSORG) GEKRY HET.

VIR GERIEFLIKHEIDSHALWE WORD VERDER VERWYS NA PGS-OPLEIDING IN DIE VRAELYS. PGS-OPLEIDING WORD AS SINONIEM BESKOU VIR KVS (Kliniese Verpleegspesialis) OPLEIDING

Die vraelys bestaan uit drie(3) afdelings.

AFDELING A: SOSIO-DEMOGRAFIESE DATA

AFDELING B: PROFIELKENMERKE

AFDELING C: REKENAARGEBRUIK EN TOEGANG

Skrif u antwoord in die blokkies neer of merk die mees geskikte antwoord met 'n kruisie (x)

1. Hoe oud was u toe u die PGS-kursus voltooi het? Dui u ouderdom in jare aan.

2. Wat is u geslag?

☐ Manlik ☐ Vroulik

3. Was u die hoofbron van inkomste in die huis tydens u opleiding as PGS verpleegkundige?

☐ Ja ☐ Nee

4. Hoeveel kinders was by u tuis toe u die PGS-kursus gevolg het?

5. Wat is u huistaal?

☐ Afrikaans ☐ Engels ☐ Ander: Spesifiseer

6. Hoe ver was u van die naaste verpleegopleidingsinstelling wat hierdie kursus wat u gevolg het, aangebied het?

Dui u antwoord in kilometer aan.

7.1.1 Watter van die volgende kursusse/programme het u gedoen **voordat** u die PGS-kursus gedoen het? (merk alle toepaslike antwoorde)

☐ Kommunikasievaardighede ☐ Gesinsbeplanning ☐ IMCI ☐ Waardeklarifikasie
☐ Intensiewe Sorg verpleegkunde ☐ Verpleegonderwys ☐ Verpleegadministrasie
☐ Teatertegniek ☐ Terminasie van swangerskap ☐ Seksuele oordraagbare siektes
☐ Psigiatrisie Verpleegkunde ☐ Gemeenskapsverpleegkunde ☐ Verloskunde

- 7.1.2 Watter van die volgende kursusse/programme het u gedoen **nadat** u die PGS-kursus gedoen het?
- ☐ Kommunikasievaardighede ☐ Gesinsbeplanning ☐ IMCI ☐ Waardeklarifikasie
☐ Intensiewe Sorg verpleegkunde ☐ Verpleegonderwys ☐ Verpleegadministrasie
☐ Teatertegniek ☐ Terminasie van swangerskap ☐ Seksuele oordraagbare siektes
☐ Psigiatrisie Verpleegkunde ☐ Gemeenskapsverpleegkunde ☐ Verloskunde

- 7.2 U het die PGS-kursus gevolg. Werk u tans in 'n omgewing waar u hierdie kennis en vaardigheid toepas?

☐ Ja ☐ Nee

- 7.3 Motiveer u antwoord in 7.2

- 8.1 Werk u tans:

☐ Voltyds ☐ Deeltyds

- 8.2 Hoeveel ure werk u per week?

- 8.3 Indien u deeltyds werk, waarom?

- 8.4 Watter siektes/probleme kom voor in u area, wat nie noodwendig in ander areas 'n probleem is nie?



9.1 Hoeveel jare diens het u in verpleging gehad voordat u die PGS-kursus gedoen het?

_____ jare

9.2 In watter “veld”/afdeling het u gewerk voordat u die PGS-kursus gedoen het? (bv. Verloskunde in Hospitaal/ Voorgeboortesorg in die kliniek ens.)

9.3 In watter “veld”/afdeling het u gewerk nadat u die PGS-kursus gedoen het? (bv. Verloskunde in Hospitaal/ Voorgeboortesorg in die kliniek ens.)

10. In watter “veld”/afdeling sou u graag wou werk nou nadat u die PGS-kursus gedoen het? (bv. Verloskunde in Hospitaal/ Voorgeboortesorg in die kliniek ens.)



AFDELING B: PROFIELKENMERKE

1.1 Was u kursus, wat gelei het tot registrasie as 'n Algemene Verpleegkundige by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 'n:

☐ Diploma ☐ Graad

1.2 Was die kursus waarna verwys word in vraag 1.1, 'n:

☐ 4-jarige geïntegreerde kursus ☐ oorbruggingskursus vanaf stafverpleegkundige
☐ Algemene Verpleegkunde as enkelkwalifikasie

1.3 In watter jaar het u gekwalifiseer in Algemene Verpleegkunde?

2.1 In watter jaar het u gekwalifiseer in Primêre Gesondheidsorg?

|

2.2 Wat is u kwalifikasie in primêre gesondheidsorg?

☐ Diploma

☐ Sertifikaat

☐ Ander: spesifiseer

3. Was die kursus aangebied deur middel van?

☐ Fisiese klasbywoning

☐ Afstandsonderrig

Indien u antwoord in vraag 3 “fisiese klasbywoning” is, gaan voort met vraag 4, laat vraag 6 uit en gaan voort met vraag 7

Indien u antwoord in vraag 3 “afstandsonderrig” is, laat vraag 4 uit en gaan aan na Vraag 6 en verder

4. Was die teorie aangebied:

☐ Oor 'n blokperiode van 1 week/maand

☐ 1 Dag/week

☐ Oor 'n blokperiode langer as 1 week

☐ Ander: Spesifiseer

5.1 Het u hierdie lesings in werkstyd bygewoon?

☐ Ja

☐ Nee

5.2 Hoe ver moes u gereis het om die teoretiese lesings by te woon?

| km

6. Indien u in vraag 3afgemerk het "Afstandsonderrig", beantwoord die volgende vrae:

6.1 Was die teoretiese komponent papiergedrewe alleenlik?

☐ Ja ☐ Nee

6.2 Indien "nee" in vraag 6.1, brei uit (bv. video-opnames, satellietuitsendings, klankbandopnames). Indien dit d.m.v. afstandsonderrig aangebied was, maar daar is van u verwag om van tyd tot tyd lesings en/of besprekings by te woon, brei asb. Uit daaroor

7.1 Het u 'n voltydse mentor gehad wat u tydens die praktiese komponent begelei het?

☐ Ja ☐ Nee

7.2 Hoe gereeld het die mentor u besoek?

☐ Daaglik ☐ Weeklik ☐ 2-weeklik ☐ Maandelik ☐ Ander:spesifiseer

7.3 Kon u die mentor telefonies kontak indien u hulp benodig het?

☐ Ja ☐ Nee

7.4 Het u u kliniese praktika gedoen tydens werkstyd?

☐ Ja ☐ Nee

7.5 Hoe ver moes u gereis het om u kliniese praktika te kon doen?

km

8.1 In watter taal is die teoretiese komponent van die kursus aangebied?

☐ Afrikaans ☐ Engels ☐ Ander: Spesifiseer

8.2 In watter taal is die praktiese komponent van die kursus aangebied?

☐ Afrikaans ☐ Engels ☐ Ander: Spesifiseer

9. Hoe lank was die kursus? Dui u antwoord in maande aan.

10. Van watter onderrigmetodes is daar gebruik gemaak tydens die aanbieding van die kursus (bv. Groepwerk, lesings ens.)

11.1 Wat was die beraamde totale uitgawes verbonde aan die kursus? Dui u antwoord in rand aan? (bv. klasgelde, vervoer, akkommodasie, boeke, posgeld)

R

11.2 Hoeveel van hierdie uitgawes aangedui in vraag 11.1 moes u self betaal het?

R

12.1 Waarom het u hierdie kursus gedoen?

- ☐ Professionele ontwikkeling
 ☐ Werkgewer het dit vereis
☐ Bevordering
 ☐ Ander: spesifiseer

12.2 Watter doelwitte het u vir uself gestel toe u die PGS-kursus gedoen het?

12.3 Voel u dat u hierdie doelwitte wat u vir die kursus gestel het, bereik het?

- ☐ Ja
 ☐ Nee

12.4 Motiveer u respons op vraag 12.3

13.1 Is daar enige iets wat u aan die kursus sou wou verander het?

- ☐ Ja ☐ Nee

13.2 Motiveer u antwoord in 13.1

14.1 Wat is u keuse van voorkeur ten opsigte van opleiding?

- ☐ Fisiese klasbywoning: 1 dag/week
- ☐ Fisiese klasbywoning: blokperiode bv. 1 week/maand
- ☐ Papiergedrewe onderrig
- ☐ Meestal papiergedrewe, maar woon besprekings soms by
- ☐ Papiergedrewe ondersteun met interaktiewe telematiese (satelliet) uitsendings
- ☐ Papiergedrewe ondersteun met videos

14.2 Verduidelik breedvoering waarom u hierdie metode van opleiding verkies.


15. Hoe sien u die “ideaal” vir opleiding van PGS-verpleegkundiges (teorie en praktyk ingesluit)

[illegible]

16.1 Watter van die volgende begrippe beskryf u gevoel ten opsigte van u PGS-opleiding? U mag meer as een keuse afmerk.

- Uitdagend Verveeld Spreek nie my onderrigbehoefes aan nie
Stimulerend Het aan my verwagtings voldoen Ander:spesifiseer

16.2 Brei uit oor waarom u die keuse gemaak het in vraag 16.1

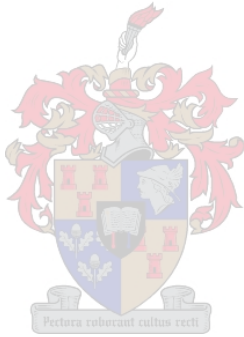


17.1 Was die PGS-kursus toeganklik vir u. (In hierdie vraag verwys toeganklikheid na hoe moontlik dit vir u was om by die instansie te kom wat die opleiding aangebied het – dit sluit in of u vervoer gehad het, of dit bv. nodig was om daar te bly tydens die aanbieding, of om u huishouding alleen te moes gelaat het tydens u klasbywoning)?

- ☐
- Ja
- ☐
- Nee

17.2 Motiveer u antwoord in 17.1

17.3 Die aanname word gemaak dat daar PGS-opleidingskursusse beskikbaar is, maar dat te min verpleegkundiges in PGS opgelei word. Gee u opinie daaroor met toepaslike voorbeelde waar moontlik.

The crest of the University of Pretoria is centered within the answer box for question 17.3. It features a shield with various symbols, topped by a crown and a torch, with a motto scroll at the base.

18.1 Is daar enige iets rondom die assessering van die **teoretiese** komponent van u PGS kursus wat u sou wou verander het (Assessering verwys na die toetse, werksopdragte en eksamens wat afgeneem is)

☐ Ja ☐ Nee

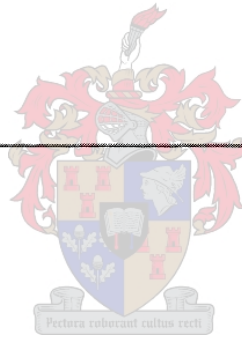
18.2 Motiveer u antwoord in 18.1

19.1 Is daar enige iets rondom die assessering van die **praktiese** komponent van u PGS kursus wat u sou wou verander het (Assessering verwys na hoe die kliniese komponent – insluitende die geskiedenisvasstelling, fisiese ondersoek, diagnose en voorgestelde behandeling – geëvalueer is)

☐ Ja

☐ Nee

19.2 Motiveer u antwoord in 19.1



20.1 Het die PGS kursus u voldoende voorberei vir die kliniese vaardighede wat van 'n kliniese verpleegkundige vereis word?

☐ Ja

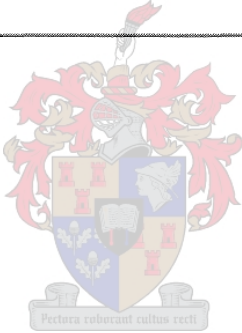
☐ Nee

20.2 Motiveer u antwoord in 20.1

21.1 Het u enige ander opleiding wat verband hou met Primêre Gesondheidsorg gehad **nadat** u u PGS opleiding gedoen het?

☐ Ja ☐ Nee

21.2 Verduidelik u antwoord in 21.1 (bv. indien indiensopleiding, ander kursusse ens. Indien daar wel geleenthede was, maar u kon dit nie benut het nie, verduidelik asb.)

The crest of the University of Pretoria is centered within the answer box for question 21.2. It features a shield with various symbols, topped by a torch and flanked by two lions. Below the shield is a motto scroll.

22.1 Maak u werksomgewing dit moontlik vir u om verdere opleiding te kry?

☐ Ja ☐ Nee

22.2 Motiveer u antwoord gegee in 22.1

23. Wat kan gedoen word om verpleegkundiges in die platteland in staat te stel om verdere opleiding (wat kan insluit kursusse soos Verloskunde, Primêre Gesondheidsorg, Intensiewe Sorg, Teatertegniek ens.) te kry? Gee u mening.

- 24.1 Dink u dat u PGS studies 'n invloed op u onmiddellike huisgesin gehad het?

☐ Ja ☐ Nee

- 24.2 Verduidelik u antwoord in 24.1 gegee

25. Wat is die algemene opinie oor PGS-kursusse wat tans aangebied word onder verpleegkundiges?



AFDELING C: REKENAARGEBRUIK EN TOEGANG

1. Was u rekenaarvaardig toe u die PGS kursus gedoen het ? (m.a.w. 'n antwoord "Ja" beteken u kan onafhanklik op die rekenaar werk met *Word* dokumente, *Excel* dokumente, e-pos, internetsoektogte doen en aanbiedings met behulp van die rekenaar kan doen)

☐ Ja ☐ Nee

2. Het u al enige formele rekenaarkursus gevolg om bogenoemde vaardighede te bemeester?

☐ Ja ☐ Nee

- 3.1 Het u toegang tot 'n rekenaar tydens u studie gehad?

☐ Ja ☐ Nee

- 3.2 Indien u "nee" geantwoord het in Vraag 3.1, het u nou toegang tot 'n rekenaar?

☐ Ja ☐ Nee

- 3.3 Sou u graag toegang tot 'n rekenaar wou hê?

☐ Ja ☐ Nee

- 4.1 Sal u graag verdere verpleegopleiding deur middel van die rekenaar wil ontvang?

☐ Ja ☐ Nee

- 4.2 Motiveer u antwoord in vraag 4.1



5. Watter voordele/ nadele dink u hou die rekenaar vir verpleegkundiges op die platteland in?

Baie dankie vir u geduld en samewerking om die vraelys te voltooi.

BYLAE D1:
SEMI-GESTRUKTUREERDE VRAELYS VIR VERPLEEGKUNDIGES SONDER
DIE KWALIFIKASIE IN KLINIESE VERPLEEGKUNDE



**Vrae wat tydens semi-gestruktureerde onderhoude aan
Verpleegkundiges sonder PGS gevra word**

1. Hoe oud is u en wat is u huidige verpleegkunde kwalifikasie?
2. Waarom wil u graag die kwalifikasie in diagnose, behandeling en sorg bekom?
3. Geslag: Taal:
4. Wat sal u graag in die programinhoud wil verander? Watter vaardighede wil u aanleer? Watter werk moet gedek word in die program?
5. Hoe sal u die program wil volg? Klasse bywoon of op afstandsonderrig? Motiveer.
6. Sal u beskikbaar wees om lesings by te woon? Indien Ja, wanneer, in werkstyd of na-ure?
7. Hoe lank dink u het u nodig om so 'n program te voltooi?
8. Hoe sal u ge-assesseer wil word in die teoretiese komponent? Bv Werkstukke, toetse, eksamens, voordragte, ens.
9. Hoe sal u ge-assesseer wil word in die praktiese component? Bv OGKE, u vaardighede op video opneem, fisies deur evalueerder getoets word, ens.
10. Wat is die beleid van Departement Gesondheid in die Noord-Kaap ten opsigte van PGS opleiding?
11. Hoe gereeld kry u die geleentheid om na-basiese programme, indiensopleidingsprogramme te volg?
12. Hoekom beskik u nog nie oor die kwalifikasie in primêre gesondheidsorg nie?
13. Wat is u siening ten opsigte van verdere studies?
14. Watter voordele/nadele dink u hou die rekenaar vir verpleegkundiges op die platteland in?
15. Hoe sal verdere PGS studies u gesinsverantwoordelikhede beïnvloed?
16. Het u toegang tot rekenaars? Waar?
17. Is u rekenaarvaardig? (m.a.w. 'n ja beteken u kan onafhanklik op die rekenaar werk met *Word* dokumente, *Excel* dokumente, e-pos, internet soektogte doen en aanbiedings met behulp van die rekenaar doen). Motiveer.
18. Sal u graag PGS opleiding deur middel van die rekenaar wil doen? Motiveer.
19. Hoe ver is u van die naaste verpleegkunde opleidingsentrum?

BYLAE D2:
SEMI-GESTRUKTUREERDE VRAELYS VIR TOESIGHOUERS VAN
VERPLEEGKUNDIGES OP DIE PLATTELAND

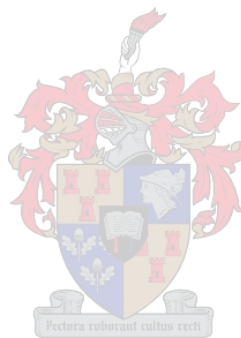


Vrae wat tydens semi-gestruktureerde onderhoude aan toesighouers gevra word

1. Wat is die beleid van Departement Gesondheid in die Noord-Kaap ten opsigte van PGS opleiding en hoe word dit toegepas?
2. Hoe dink u moet die opleiding van kliniese verpleegkundiges lyk om aan die dienste en studente se behoeftes te voldoen:
 - a. Inhoud van programme
 - b. Duur van programme
 - c. Aanbiedingswyses
 - d. Assessering tydens programme: teorie en prakties
 - e. Wie moet die opleiding aanbied?
3. Wat dink u is die meeste probleme wat personeel ondervind met die volg van na-registrasie programme in u provinsie?
4. Hoe beïnvloed die groot distansies van die Noord-Kaap opleiding?
5. Hoe dink u beïnvloed die PGS opleiding tans die studente se huislike verantwoordelikhede?
6. Watter rol dink u kan die gebruik van rekenaars speel in PGS opleiding?



BYLAE E:
STUDENTGESENTEERDE STRATEGIESE BEPLANNINGSPROSES



EDUCAUSE Center for Applied Research

Research Bulletin

Volume 2003, Issue 17

August 19, 2003

The Learner-Centered Curriculum Model: A Structured Framework for Technology Planning



Michael G. Dolence

ECAR

Overview

The learner-centered movement has its roots in the early 1980s, when U.S. Secretary of Education T. H. Bell created the National Commission on Excellence in Education. The commission's report, *Nation at Risk: The Imperative for Educational Reform*,¹ gave rise to a host of extensive, dedicated reform efforts, one of which resulted in the development of 14 *Learner-Centered Psychological Principles*² by a task force of the American Psychological Association (APA).

The 14 learner-centered principles focus attention on learners rather than on teaching, curriculum and instruction, or administrative structures. The principles establish an intimate, individual, and very personal lens through which to view learning models, systems, structures, and processes. The principles are helpful—though insufficient on their own—in addressing the challenges faced by faculty and teachers in the classroom, learners in their pursuit of knowledge, administrators in their quest for efficient and effective operations, and policy makers in their efforts to provide adequate resources for the tasks at hand. Mastering these challenges requires a structured dialogue built around the learner, a dialogue that frames, in curricular terms, the essential array of issues that transcend parochial interests exemplified by the silo culture common in higher education. “Structured” here means the careful definition of key components and the delineation of key points that require discussion, understanding, and consensus.

The learner-centered framework³ presented here provides the requisite structure for meaningful dialogue, establishing seven essential focal points around which meaningful dialogue can be fostered and maintained. These focal points have emerged from my years of facilitating institutional engagements, either around strategic planning or conflict resolution, and together they provide the common ground for decision making in an increasingly complex, competitive, and even combative environment. By maintaining crisp focus on the curriculum, on facilitating services, and on the learners served, these seven elements keep constituents’ attention on the core function of higher education—learning.

Highlights of LCC

The Learner-Centered Curriculum (LCC) defines a framework to guide the design, development, and delivery of curriculum; the infrastructure that supports it; and the services that make it work. It forms the core of the Curriculum-Centered Strategic Planning Model⁴ detailed in an upcoming ECAR research bulletin.

Seven interrelated and interlocking components shape the LCC framework. In their simplest form they are

1. Learner populations served
2. Objectives they seek
3. Provider models available

4. Learning theory, methods, and principles appropriate to successful learning
5. Overall curriculum architecture providing the full scope of programs and approaches
6. Specific curriculum configurations designed to meet specific learners' needs
7. Services required by learners to meet their objectives

Table 1 illustrates the key issues of each of these components.

Table 1. The Learner-Centered Curriculum Framework

Learner Populations	Learner Objectives	Learning Provider Models	Learning Theory and Methods	Curriculum Architecture	Curriculum Configuration	Learner Services
Whom do we serve? Whom can we serve? Whom should we serve?	What objectives do the learners in each population segment seek?	What models are available from which they may choose?	What theories and methods are appropriate?	What does the overall curriculum need to provide to accommodate the learners we serve?	How should a specific curriculum be configured for a specific population and objective?	What learning services are required to ensure learner success?

An Illustrative Vignette

As the following vignette illustrates, the seven interlocking components of the LCC provide the structure for dialogue around academic master planning, curriculum design and evaluation, program review, accreditation self-study, technology planning, and institutional strategic planning. One uses the LCC by completing the details of each column in Table 1 and considering the implications of answers from one column on the others.

Pretend for a moment that our institution wishes to launch an online university. We will use Table 1 to focus and structure the dialogue. Before we begin, we must ask, Who needs to be at the table to adequately cover the content in the seven areas? We can see from the content that it must be a mix of leaders supported by doers from across the various organizational entities.

With such a group assembled, we begin by focusing on the population(s) to be served. A typical first response to this question is, If it's online, it's everybody. But is it? If faculty will require a campus residency, is it still everybody? Will you serve residents of the other 23 time zones around the world? As the group continues the dialogue, it will identify discrete populations, such as degree completers (individuals who have accumulated some college credit but no degree). Is this a good population to serve? How will you find them? How will they find you? What will they seek? These questions move us to the second column: Learner Objectives.

It does not take much to speculate that degree completers seek a degree, but in what? How will their accumulated credits be handled? If by portfolio, do we offer that service? In addition to the degree, do they seek special skills? Will they seek to go on to graduate school? Do we have enough faculty members in the right disciplines who understand

online universities to build such a curriculum? How will ours be different? What else is out there? This moves us to the third column: Learning Provider Models.

Here the structure requires that we consider the question of what models are currently in use. By doing a bit of research, we discover more than 300 degree-completion programs already online. Many of them are hybrid or blended programs, meaning they require some campus residency, including on-campus evaluation and interviews in addition to online interaction. We discover no institution in our immediate area serving the degree completers, either in purely online or in blended format, but there are three site-based programs in the area. The question turns to the online medium as a deployment option. Is online instruction of sufficient quality and appropriate to our learner population? Our structure focuses next on exploration of Learning Theory and Methods.

Guided by column four, we do further research. We find several Web sites of interest, including the "Significant Difference Phenomenon,"⁵ the "No Significant Difference Phenomenon,"⁶ and the Asynchronous Learning Network.⁷ We find evidence that supports the viability of an online deployment, although there is much to consider when building such an entity. In fact, we begin to question if we currently have the overall structure to successfully launch such an endeavor. As a result, our attention turns to the institution's overall curriculum architecture and the infrastructure that supports it (fifth column).

In our due diligence we ask, Do we have the expertise to design an online entity? Do we have the capacity to develop the online courses? Do we have the infrastructure to support an online environment? Do we have the business model and support system to market and deliver online programs? These are all big questions that result in our refining the questions to the emerging strategy of delivering a degree-completion program to regional residents. This focuses our attention on the sixth column: how such a curriculum would be configured.

What are the requirements of this particular curriculum? By focusing on the specifics of our degree-completion program, we begin to detail the components required to design, develop, and deploy such an online offering. We decide that we must revisit the other columns with this additional information. The conversation moves rapidly to the idea of developing a formal proposal when someone says, Hey, how will we support the students? The structure forces consideration of the services required by these targeted learners, and we move into the domain of the seventh column.

How will we provide advising, assessment, financial aid, registration, learning assistance, health services, and bookstore access to online students?

And so the structured dialogue among key leaders and doers continues, guided by the seven components of the LCC framework.

The Devil Is in the Details

The axiom that "the devil is in the details" may be true, but there is often resistance to conversations that involve details. In fact, both academic and technology planning are complex and detailed. To manage such planning effectively requires a structured

discussion among leaders and doers. A structure that follows the LCC framework requires visiting each component as the problem is discussed and the plan developed. The LCC's seven components ensure a sufficiently comprehensive view and approach that major essential elements will not be overlooked or fall off the critical path necessary for success. The dialogue around these seven components also provides campus constituents with links to the realities they face in performing their functions.

Addressing and discussing each component provides information that builds the planned response. Next we will walk through each of the seven components and provide further foundations for the structured dialogue.

Learning Populations

The first question in the model is, Who are the learners of the 21st century? Understanding who the learners are is an essential and often overlooked component of shaping curriculum and planning for the technology needs of a changing educational environment. It provides a way of identifying learner needs and requirements as a function of their defining characteristics.

To begin to use the LCC model requires an open discourse about the learner populations as we find them in society. We can describe them in a number of ways.

- High school graduates
- Working adults
- Mid-career professionals
- Late-career and emeriti populations
- Re-entry learners
- Degree completers
- Geographic service area populations
- Interest-driven populations
- Employer populations
- Degree holders
- Disabled populations
- Other populations



This list is not intended to be definitive. We also must begin to describe learner-population characteristics, including preferred venues, constraints, and learning preferences (such as face-to-face, Internet-based, and a host of other variables). The purpose is to fully understand learning demand as segmented by population characteristic. There are many sources of this information, including the U.S. Census Bureau and the National Center for Educational Statistics. For example, on April 1, 2000, the U.S. Census Bureau declared the population of the United States was 281,421,906. Based on population growth rates, this grew to an estimated 284,796,887 by 2001. These estimates, coupled with detailed information about adult learning participation rates gleaned from surveys by the U.S. Education Department, permit

estimating the number of adult learners down to the ZIP code. Table 2 illustrates the results of such a process.

Table 2. Estimates of Adult Learners⁸

Population in 2000	United States	California	Los Angeles County
Total	281,421,906	33,871,648	9,519,338
Estimated adults	211,066,430	25,403,736	7,139,504
Annual learning adults	97,090,558	11,685,719	3,284,172
Annual Learning Adults' Motivation			
Work-related	44,112,884	5,309,381	1,492,156
Personal development	42,002,220	5,055,343	1,420,761
Credential acquisition	12,875,052	1,549,628	435,510
Basic skills	2,532,797	304,845	85,674
Learning Provided By			
Commercial providers	26,291,279	3,164,391	889,325
Postsecondary	8,999,028	1,083,114	304,400
Trade organizations	4,896,530	589,341	165,629
Private/church	2,911,450	350,419	98,482
K-12	1,896,854	228,303	64,163

Source: U.S. Department of Education, National Center for Educational Statistics, Household Education Surveys (1999,⁹ 1995¹⁰) and the U.S. Census Bureau American Fact Finder¹¹

Table 2 provides a balanced view of adult learning populations present in the United States. When academics see this level of detail, they quickly assimilate the sheer size of the learner population in the United States, including the number of learners in their service area, the number of adult learners served by non-postsecondary entities, and the array of objectives sought by adult learners. In a structured dialogue, this information gives rise to many more questions. What are the economic circumstances of the various populations? In what kinds of information environments will they thrive? What are their real goals? How much can they spend per year on learning? Who among them should be enrolling in our institution? How do they aggregate into subgroups such as working mothers or mid-career changers? Articulating what these learners seek is an important next step.

Learner Objectives

What do the learners of the 21st century seek? What are their objectives? The Household Education Survey (Table 2) reveals that some seek credentials and that nearly as many seek personal enrichment. Some seek to improve work prospects, while others want to address basic skills. Understanding learners' objectives is an important element in identifying prospective programs, assessing existing programs, understanding learner motivations, and even sequencing learning events. A vast array of learning objectives can be identified and described as sought by 21st-century learners.

We can identify learners as those seeking degrees, skills, certificates, licenses, trade knowledge and skills, training, continuing professional education, personal enrichment, and so on. In discussion, we need to keep in mind that the dialogue is exploratory, with a goal of fully understanding the learner and the learning marketplace.

In planning a professional-development program, institutional leaders would identify programs and certificates believed to have highest value, and encourage and build a professional development plan around them. To illustrate, consider the objectives that might be sought by an institution's technology staff as part of a comprehensive professional-development campaign or by prospective students seeking technology competency. The appropriate objectives must lead to industry-standard certifications in areas of interest to both employers and learners. The *Certification Magazine Career Road Map*¹² identifies 16 areas of industry-standard certification opportunities: application development/programming, computer and network security engineers, database administrator, database analyst/specialist, e-commerce solution provider, hardware support, help desk (applications support), network administration, network engineering, network management, PC/hardware technician, system administration, telecom, trainers, Web professional, and "other."

In this scenario, the learners examine all 16 areas and discover hundreds of industry certification programs available to them. Selecting "database administrator" from the 16 areas of the road map, they find that there are industry-standard certificates for IBM, Informix, Microsoft, Oracle, and Sybase. Matching learner interest and employer need drives the final selection. Academic planners at a number of institutions armed with the information outlined in this illustration have redesigned their curricula to incorporate selected certifications into their technology degree programs, thereby providing learners with additional options and incentives for enrollment.

The point here is to not be everything to everybody but to be fully informed about the variety, type, and characteristics of the objectives that learners seek to achieve. Designing curriculum and planning the information architecture around such objectives helps the institution clarify the dynamics of the learning marketplace and focus curriculum design, development, and deployment initiatives.

Learning-Provider Models

What options are open to 21st-century learners? The 21st century is the age in which learning will occur wherever learners have need. A complex network of learning resources is emerging, and we must embrace the concept of learning systems to meet the demand for learning across multiple venues. Models abound. In addition to community colleges, liberal arts colleges, and comprehensive universities, there are the executive-education, meta-university, and cohort models, among many others. When we talk of models, we are really discussing the way learning opportunities are packaged and delivered to the learning public. Different provider models often have different business models, admissions criteria, delivery methods, and/or assessment protocols and methods. Each model presumably has value to a learning population.

There are scores of distinct models emerging in the learning marketplace. A few examples include

- The meta-university model aggregates curriculum content from various accredited entities and provides a common catalog and a common point of presence. Examples include Western Governors University, the *Electronic Campus* of the Southern Regional Education Board, Michigan Virtual University, Universitas 21, and the Global University Alliance.
- Corporate university models abound and include such entities as Motorola University and a score of others.
- Commercial learning models also abound. One commercial online example is EDT Learning,¹³ which, since 2001, has acquired LearnLinc, Quisic, ThoughtWare, and Learning Edge. Another corporate/commercial example is IBM Learning Solutions,¹⁴ with 3,000 employees providing learning services to more than 2,000 organizations worldwide.

Remember that not all new models work, as evidenced by the closures of Fathom, NYUOnline, UMUC Online, Virtual Temple, and the Open University U.S. Some, however, are very successful, such as the University of Phoenix, whose online enrollment grew from 4,700 learners in 1997 to more than 49,400 in 2002. Forty percent are from underrepresented minority groups, 52 percent are female, 70 percent seek undergraduate degrees, and 26 percent seek graduate degrees. Only four percent seek no degree.

It is essential that we fully explore, describe, and understand these various models in order to adequately assess the emerging learning landscape. Such assessment enables understanding the competitive environment for enrollments and emerging best practices that develop as the models mature and reveal their strengths, weaknesses, values, and deficiencies. The point is to fully understand the choices that 21st-century learners have to meet their objectives. Institutions routinely offer programs through more than one model. Decisions regarding which models will be included in a 21st-century curriculum architecture for any given institution should be fully informed. As academic leaders build their curriculum master plans, the array of models provides an external benchmark against which to measure strategies emerging to serve identifiable populations.

Learning Theory and Practice

What learning theories and methods help inform the appropriate curricular approach to take with specific learner populations? The learning process becomes extremely important in the LCC. There are more than 50 major learning theories¹⁵ and many additional teaching and learning methods. The APA's 14 learner-centered principles are another popular source of learning theories.

Examples of some popular theories include Andragogy by Malcom Knowles, Adult Learning Theory by Pat Cross, Operant Conditioning by B. F. Skinner, and teaching/learning methods such as Active Learning, Personalized System of Instruction, and Self-Paced Tutorials. Theory, methods, and best teaching and learning practices

provide the foundation upon which to build curricula, academic support systems, technology infrastructures, and professional development strategies. The theories and methods selected drive the development of the learning assessment strategy and help shape the infrastructure and support needs of the curriculum as it is designed, developed, and deployed. To be effective, they must also shape the policies, processes, and procedures that implement the curriculum. The key is to systematically build the curriculum around sound theory and methods most appropriate for the populations for whom the curriculum is designed.

Curriculum Architecture

The architecture of a curriculum describes the style, method of design, basic construction, key components, and underlying philosophies used to build the modules, courses, and programs that make up an institution's curriculum. The architecture details the specific models used to design, develop, deliver, assess, warrant, and market a curriculum across the entire institution and all of its entities. It also includes the various business models by which curricula are purchased. Included in the array of business models are such packaging as the traditional tuition-fee model, contract-learning model, a variety of continuing-education models, as well as models to serve both vertical and horizontal markets. The architecture is also the wrapping together of the various disciplines and components of the curriculum into a comprehensive master plan. It represents the grand sum of the various components and approaches and serves to describe the academic capacities of the institution. The comprehensive nature of the architecture provides the master profile from which specific curricula are configured. The purpose of the architecture is to articulate the spectrum of options, replete with their support systems and structures. An institution's technology architecture, physical facilities, policies, processes, and procedures must all support the overall curriculum architecture.



Curriculum Configuration

This sixth component is where the thread is drawn across the previous five components of the LLC: specific population characteristics and needs, specific objectives, existing or emerging models, sound theory and practice, and the curriculum architecture of the institution. Deploying a curriculum involves selecting the appropriate pieces from the architecture to construct and support a specific program to a specific population. If the existing architecture does not support a particular curriculum configuration, then the essential components must be added as part of the build out. This often requires significant work on policies, processes, and procedures as new curriculum configurations are designed and developed. The configured curriculum is deployed with specific content-delivery options, targeting a specific set of outcomes, using a specific business model, assessment strategy, marketing, and enrollment-management methods. A configured curriculum is marketed, included in catalogues, promoted, and ultimately enrolled in. Once the configuration is established, the work is still not complete. The next step is to design, develop, and deliver services to the students enrolled in or seeking to enroll in the program.

Learner Services

Services are as important in the learner-centered curriculum as design. Advising, counseling, and assessment are among the most important processes to integrate into the curriculum. Too often they are added on, rather than built in, to the curriculum model. For example, a number of institutions have evaluated modularized curricula only to discover that their information systems will not support such an approach. It is one thing to offer an online course, but what about online advising, registration, and all other services an online learner might need? Institutions that deploy a curriculum in a service center or remote site soon discover the need to constantly rethink their service strategy based on critical mass of learners, available technology, and the proclivities of the population served. The assessment of learner-service needs involves reaching back across the preceding six columns to pull the context forward and construct a service architecture that will enable wrapping a service environment around the curriculum's learners based on their needs.

What It Means to Higher Education

The LCC framework provides a means to engage in and sustain a structured dialogue surrounding the complex issues emerging in higher education. Recently, a community college that had adopted a curriculum-centered strategic-planning process based on the LCC framework was faced with the potential of severe budget reductions from the state. Institutional leaders used the LCC logic to systematically develop budget-reduction strategies that were learner centered. That meant serving as many students as possible within their core service area, protecting as many in-process students as possible so that they could fulfill their objectives, and sustaining as high an academic quality as possible given the budget reductions. To meet these goals, the institution targeted five populations to receive priority registration so that the students could fulfill their learning obligations. Identifying specific populations led to the offering of a few courses with lower enrollments (courses that would have been cut) in order to provide the opportunity for learners to complete their objectives. It also gave first priority to members of certain populations, guaranteeing they were able to enroll in required courses. In addition, the college implemented block registration for future registrations to place targeted populations in restricted programs and guarantee timely completion.

A comprehensive four-year institution also used the LLC approach when designing its academic-technology strategy. By using the LLC, the institution identified goals of launching a laptop program, introducing wireless technology, developing a portal, and advancing the academic infrastructure for course delivery. All of these goals were integrated into a synergistic approach that synchronized efforts. This meant that when the first wave of laptops was deployed to the freshman class, wireless was in place; a portal greeted the registrants and displayed everything they needed to know to flourish. At the same time, faculty were piloting the scholar support system, debugging and developing content. Modifications based on sound theory and practices were incorporated, assessment systems were identified, and all are being woven into the infrastructure.

The learner-centered approach is a powerful framework to use for decision making, problem resolution, and planning.

Key Questions to Ask

Virtually every institution seeks to enhance the quality of its programs and services to improve the learner environment and the learner's experience. Here are a few questions to begin a learner-centered approach.

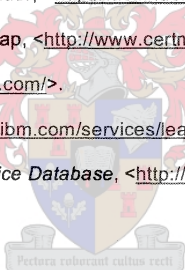
- Is our curriculum aligned with the needs of the learners we serve?
- Are our policies, processes, and procedures aligned with the needs of the learners we serve?
- Are our services aligned with the needs of the learners we serve?
- Does our infrastructure support the curriculum and the needs of the learners we serve?
- Does our planning process adequately assess the needs of the learners we serve?
- Are our institutional programs designed around the appropriate principles to achieve optimum learning?

Where to Learn More

- The Department of Education listing of studies concerning learner-centered approaches, <<http://www.ed.gov/pubs/studies.html>>.
- *Towards Promoting an Environment for Learner-Centered Education*, 2000, <<http://ag.arizona.edu/azlearners/afc-abor-learner-centered.html>>.
- *Statement of Principles for Learner Centered Change*, adopted by the Arizona Regents, <<http://ag.arizona.edu/azlearners/afc-learnerprinciples.html>>.
- The American Association for the Advancement of Science, Project 2061, <<http://www.project2061.org/>>.
- The Center for Academic Integrity, Kenan Institute for Ethics, Duke University, <<http://www.academicintegrity.org/>>.
- Arizona learner-centered education, <<http://ag.arizona.edu/azlearners/>>.
- E. Soloway et al., *Learning Theory in Practice: Case Studies of Learner-Centered Design*, <http://www.acm.org/sigchi/chi96/proceedings/papers/Soloway/es_txt.htm>.

Endnotes

1. U.S. Department of Education, *A Nation at Risk: The Imperative for Educational Reform*, 1983, <<http://www.ed.gov/pubs/NatAtRisk/>>.
2. American Psychological Association, *Learner-Centered Psychological Principles: A Framework for School Redesign and Reform*, 1997, <<http://www.apa.org/ed/lcp.html>>.
3. You can download a full copy of the Learner Centered Curriculum Model (PDF) by registering for Featured Content at <<http://www.mgdolence.com/>>.
4. You can download a copy of the Curriculum Centered Strategic Planning Model (PDF) by registering for Featured Content at <<http://www.mgdolence.com/>>.
5. The "Significant Difference Phenomenon," <<http://teleeducation.nb.ca/significantdifference/>>.
6. The "No Significant Difference Phenomenon," <<http://teleeducation.nb.ca/nosignificantdifference/>>.
7. Asynchronous Learning Network (Sloan Consortium), <<http://www.aln.org/>>.
8. Adult Learning Calculator, available for registered users at ePlanedu.com, <<http://www.eplanedu.com/>>.
9. National Center for Education Statistics, *Forty Percent of Adults Participate in Adult Education Activities: 1994–1995*, <<http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=95823>>.
10. National Center for Education Statistics, *Participation in Adult Education in the United States: 1998–1999*, <<http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2000027>>.
11. U.S. Census Bureau, American FactFinder, <<http://factfinder.census.gov/servlet/BasicFactsServlet>>.
12. *Certification Magazine*, Career Road Map, <<http://www.certmag.com/common/roadmap/>>.
13. EDT Learning, <<http://www.edtlearning.com/>>.
14. IBM Learning Solutions, <<http://www-3.ibm.com/services/learning/solutions/>>.
15. See Greg Kearsley's *Theory Into Practice Database*, <<http://tip.psychology.org/>>.

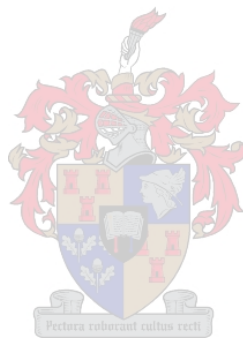


About the Author

Michael G. Dolence (mgd@mgdolence.com) is President of Michael G. Dolence and Associates.

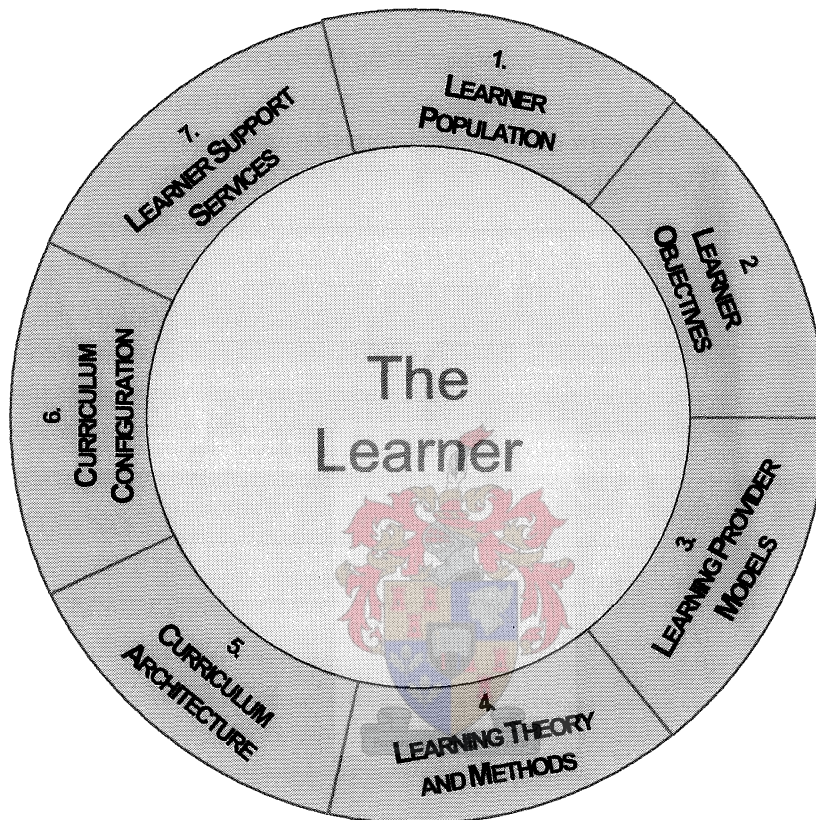
Copyright 2003 EDUCAUSE and Michael G. Dolence. All rights reserved. This ECAR research bulletin is proprietary and intended for use only by subscribers. Reproduction, or distribution of ECAR research bulletins to those not formally affiliated with the subscribing organization, is strictly prohibited unless prior permission is granted by EDUCAUSE and the author.

BYLAE F:
DIE STUDENTGESENTEERDE KURRIKULUM RAAMWERK VAN DOLENCE



The Learner-Centered Curriculum Model

Simple Round Diagram V2003.5



Learner-Centered Curriculum Framework (LCC)

The LCC provides a structured “learner-centered” framework for curriculum design, development, and deployment. The framework provides a carefully detailed, structured approach to evaluating the curriculum from a strategic perspective. Seven interrelated and interlocking components shape the LCC, they include: (1) the populations served; (2) the objectives they seek; (3) provider models available; (4) learning theory, methods and principles appropriate to successful learning; (5) the overall curriculum architecture providing the full scope of programs and approaches; (6) specific curriculum configurations designed to meet specific learners' needs; and finally (7) the services required by learners to meet their objectives.

Diagrams, charts, how to's, and models are provided for educational purposes and should be fully referenced when used.

© Copyright 2003 Michael G. Dolence, and Michael G. Dolence & Associates, P.O. Box 922, Claremont, CA 91711
Voice (909) 625-9637 FAX (909) 625-7327 Website at <http://www.mgdolence.com> Email: mgd@mgdolence.com

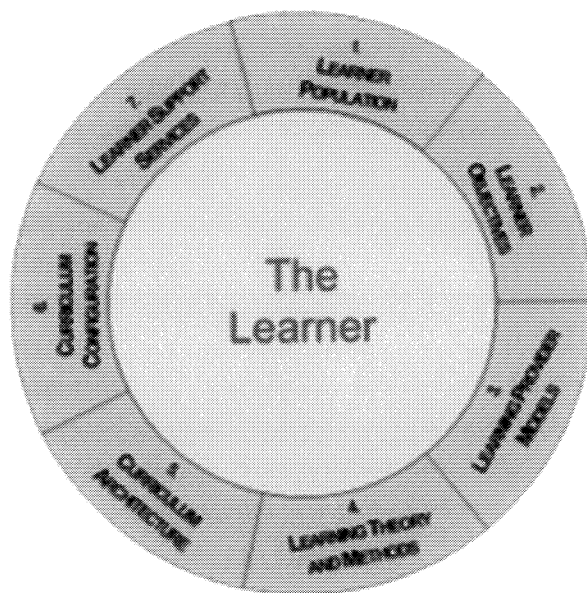
THE CURRICULUM-CENTERED STRATEGIC PLANNING PROCESS

- [Introduction](#)
- [The Curriculum-Centered Strategic Planning Model](#)
- [The Learner-Centered Curriculum Approach](#)

The Learner-Centered Curriculum Approach

The Learner-Centered Curriculum provides a framework for the identification, design, development, deployment, and evaluation of curriculum. It frames curriculum in the broadest strategic context then guides academic leaders and curriculum designers in drilling down to the most discrete curricular component. The comprehensive nature of the framework makes it ideal for sustaining design integrity across multiple curricular elements. Design integrity helps maintain cohesive strategies within the curriculum processes. The seven interlocking components ensure that curriculum fulfills institutional and fiduciary missions, they include: (1) the deep understanding of the populations to be served; (2) knowledge of the objectives they seek; (3) an evaluation of learning provider models available to them; (4) a comprehensive integration of learning theory, methods and principles appropriate to successful learning; (5) a strategic reconceptualization of the overall curriculum architecture providing a full scope of programs and approaches; (6) a synthesis of specific curriculum configurations designed to meet specific learner's needs; and finally (7) the design, development and deployment of the array of services required by learners to meet their objectives. Two views of the Learner-Centered Curriculum Approach follow. The first is the Simple Round Diagram and the second details the full approach in seven columns.

The Learner-Centered Curriculum Approach
Simple Round Diagram v2003.5

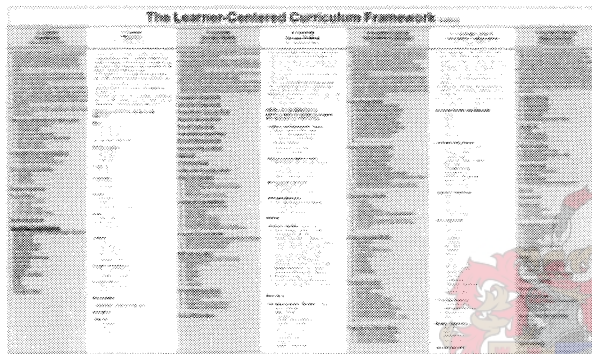


Click [here](#) to download a PDF version of this diagram.

The Learner-Centered Curriculum Approach forms the core of the Curriculum-Centered Strategic Planning Model and methodology. Together they form the core of the online strategic planning system called ePlanedu. The Learner-Centered Curriculum approach has proven to be a powerful tool to help address the challenges faced in meeting learner needs.

As a framework the Learner Centered Curriculum Framework provides a systematic way of focusing the curriculum development process in seven essential and interlocking areas. The diagram on the opposite side sets forth seven columns moving the process from left to right systematically through components one through seven. Each component frames the response to a specific set of questions regarding the curriculum and its design.

The Learner-Centered Curriculum Approach Overview v2003.2



Click [here](#) to download a PDF version of this diagram.

Learner Populations

- The very first set of questions encountered in the model revolves around the learner themselves. Who are the learners of the 21st century? Whom does the institution now serve? Who could or should the institution be serving? Understanding who the learners are is an essential and often overlooked component of shaping curriculum for a changing society.
- The foundation of the Learner-Centered Curriculum approach is to fully understand learning demand as segmented by population characteristic and identify gaps between those present in society and those an institution now serves.
- The approach becomes more useful if an open discourse occurs regarding the learner populations found in target market areas and society at large.
- To fully understand, one must describe learner population characteristics including preferred venues, constraints, and learning preferences. It is also important to determine the size of the learner population segments.
- For example, we know that of the 461,937 population of Sedgwick County, Kansas (2002 US Census estimates) there are an estimated 159,368 adult learners. One can determine these populations for all states, their counties and even census tract units to provide a consistent view of learner numbers.

Learner Objectives

- The second set of questions encountered in the model revolves around the objectives of the learner populations identified in the first component. What do the learners of the 21st century seek? What are their objectives? How do objectives change in the course of person's life? This is a most fundamental component of the overall structure and intent of an institution's curriculum. Understanding learners' objectives are an important element for motivation and sequencing of learning events.
- Learners seek a vast array of learning objectives.
- Understanding the array of learning objectives will enable an alignment between learner populations and their various learning objectives early in the program and curriculum review, design, and development processes. It is essential to develop effective marketing, recruitment, and even retention programs.
- This alignment is a most fundamental component of the overall structure and intent of an institution's curriculum and programs. Understanding learners' objectives are also an important element for motivation and sequencing of learning events as well as a marketing and recruitment foundation.
- The point here is not to be "everything to everybody" but to be fully informed as to the variety, type and characteristics of the objectives learners seek so that various programs can be aligned with the learning populations needs.
- To further our example: Of the estimated 461,937 population of Sedgwick County, Kansas we estimate that 72,409 participate in work related learning, 68,944 participate in learning for personal development, 21,134 seek credentials, while 4,157 seek basic skills.

Learning Provider Models

- The third set of questions in the model revolves around the models and various providers a 21st century learner has access to. What options are open to 21st century learners as they seek their objectives? What are the various curricular models, business models and assessment models in play? The 21st century is the age where learning opportunity will come to the learner. Learning will occur wherever learners have need. A complex network of learning resources is already emerging and we must begin to embrace the concept of learning systems to meet the demand for learning across multiple venues. Faculty, Curriculum Leaders, Strategic Planners and Curriculum Designers must fully explore, describe and understand these various models in order to adequately assess the emerging learning landscape. Such an assessment enables the understanding of the competitive environment for enrollments and emerging best practices that develop as the models mature and reveal their strengths, weaknesses, values and deficiencies.
- There exist in the learning marketplace a wide variety of learner provider models and competitors in the learning marketplace.
- They include traditional models, cohort models, open learning models, mini-term models, online models, and a host of others.
- Each model holds particular value for a specific learner population and the objectives they seek.

- Examining the models already available and linking them to the populations for whom they have value builds deep insight into the learner-centered approach.
- To continue our example: Of the estimated 461,937 population of Sedgwick County, Kansas, we can further estimate that 43,156 will receive their learning from commercial providers; 14,771 from postsecondary institutions; 8,037 from trade organizations; 4,779 from private commercial or church related sources and finally 3,144 from elementary and secondary institutions.
- The point here is to fully understand the choice 21st century learners have in meeting their learning objectives. Because the context has been set in the first and second components an examination of the models available begins to paint a cohesive picture of learner options in a 21st century learning marketplace. Decisions regarding what individual institutions 21st century curriculum will look like will emerge from the synthesis of populations, objectives and models present across society.

Learning Theories and Methods

- The fourth set of questions revolves around the learning process. What learning theories are appropriate for the learners we serve and the objectives they seek? What learning methods help inform us of the appropriate curricular approach to take with specific learner populations? How do we focus the curriculum on the individual learner? The learning process becomes extremely important in the Learner-Centered Curriculum. An illustrative list appears in the full Learner-Centered Curriculum Diagram. It is not intended to be definitive. The Learner-Centered Curriculum builds upon effective curriculum design, delivery, and deployment methods.
- The American Psychological Association developed a 14 point learner-centered framework that provides an effective baseline in design.
- There are more than 50 major learning theories, each focused on a different aspect of learning or learner population.
- There is an inexorable link between learning theory and teaching/learning methodologies deployed in the classroom or online.
- Synthesizing effective curriculum requires the matching of theory and practice to learner population characteristics and objectives.
- For example in a study by R. Maki titled: Course: I. Learning and Satisfaction in on-line versus Lecture Courses. Published in Behavior Research Methods, Instruments, & Computers (Vol. 32, pp. 230-39) "Increased content knowledge was greater for students in web sections, as was in-class examinations performance. Use of the WWW and use of computers for academic purposes increased more in the online sections, and on-line students showed a greater decrease in computer anxiety. Students in the on-line sections expressed appreciation for course components and the convenience of the source, but lecture sections received higher ratings on course evaluations than on-line sections." ["We find better performance on examinations in the web-based course, more learning as measured by content questions in a quasi-experimental design, but lower satisfaction. We have now replicated this effect using the same design during a second year. I believe that the better performance is due to our forcing students in the on-line sections to interact

with course material and not due to any inherent advantage of the web-based format." - R. Maki]

- The point here is to systematically build the curriculum to incorporate effective learning methods.

Learner-Centered Curriculum Architecture

- What does Curriculum Architecture mean? The architecture of a curriculum describes the style, method of design, basic construction, key components and underlying philosophies used to build the modules, courses, and programs that make up a curriculum. Across an institution's entire curriculum, many different approaches are represented.
- The overall architecture of the curriculum is a significant asset and should be considered in the overall plan.
- An institution's curriculum architecture details all of the specific models used to design, develop, deliver, assess, warrant, and market the curriculum.
- The curriculum architecture can also be used to synthesize an institution's comprehensive academic master plan.
- The architecture of a curriculum describes the style, method of design, basic construction, key components, and underlying philosophies used to build the modules, courses, and programs that make up the entire diverse curricula.

Learner-Centered Curriculum Configuration

- A particular curriculum configuration is drawn from the overall architectural options of the institution.
- The configuration is where all of the components of the model are used to construct a specific curriculum for a specific population seeking specific objectives using specific teaching, learning, and assessment methods.
- A particular curriculum configuration is drawn from the overall architectural options of the institution. As design, development, and deployment of new programs occurs we will want to enhance the process through what we learn in this engagement.
- Configuring curriculum also involves the deployment aspect meaning scheduling, pricing, locating, etc.
- Across an institution, a wide variety of curriculum configurations are deployed.

Learner-Centered Support Services

- Services are as important in the learner-centered curriculum as design. Advising, counseling, and assessment are among the most important processes that must be integrated into the curriculum. Too often they are add-ons and not built into the curriculum model.
- The curriculum alone is not sufficient to deliver effective and efficient learning. Services are also required to enable the learner to successfully engage and complete the learning process or processes.
- For example, assessment, advising, counseling, financial aid, and a host of other services are extremely important to the process of creating learner success.

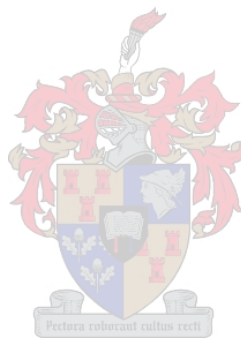
- Appropriate services must be integrated (fused) with the curriculum design, development, and deployment processes.



The Learner-Centered Curriculum Framework v.2003.2

1. Learner Populations (Not mutually exclusive)	2. Learner Objectives (Not mutually exclusive)	3. Learning Provider Models (Not mutually exclusive)	4. Learning Theories/Methods (Not mutually exclusive)	5. Learner-Centered Curriculum Architecture (Not mutually exclusive)	6. Learning-Centered Curriculum Configurations (Not mutually exclusive)	7. Learner-Centered Support Services (Not mutually exclusive)
<ul style="list-style-type: none"> The foundation of the LCC is to fully understand learning demand as segmented by population characteristic and identify gaps between those present in society and those an institution now serves. To begin to use the LCC model requires an open discourse about the learner populations as we find them in society at large. To fully understand one must describe learner population characteristics including preferred venues, constraints, and learning preferences. It is also important to determine the size of the learner population. There are many learner populations with many characteristics <p>INDUSTRY AND OPPORTUNITY POPULATIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> High School Graduates Working Adults Mid-Career Professionals Late Career and Emergent Populations Re-entry Learners Digital Competitors <p>Geographic Service Area Populations</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispersed Populations Under-Represented Populations <p>Interest Driven Populations</p> <ul style="list-style-type: none"> Domains Professions <p>Employee Populations</p> <ul style="list-style-type: none"> Degree Holders <ul style="list-style-type: none"> A.A.; A.S.; A.A.S. B.A.; B.S. M.A.; M.S.; M.B.A. J.D.; M.D.; Ed.D.; Ph.D. Work Skills Basic Skills <p>Certificate</p> <ul style="list-style-type: none"> Internal <p>Certification</p> <ul style="list-style-type: none"> External <p>Re-certification</p> <ul style="list-style-type: none"> National State Mandatory Continuing Education <p>Trade</p> <ul style="list-style-type: none"> Automotive Plumbing Building Trades Electronic Technician <p>Trailing</p> <ul style="list-style-type: none"> Contract Open Program Call Center Operations Microsoft Word, Excel, Access, Project... Equipment Operation <p>Transfer (Articulation)</p> <ul style="list-style-type: none"> Two-year to Four-year Program to Program <p>Graduate School</p> <ul style="list-style-type: none"> Admissions Testing Professions <p>Post Graduate</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuing Professional Education <p>Enrichment</p> <ul style="list-style-type: none"> "Find Me" Unclassified Exploration <p>Population Characteristics</p> <p>Veteran, Contraband, and Learning Preferences</p> <p>Time Based</p> <p>Place Based</p> <p>Commute Based</p> <p>Isolated Learners</p> <p>Care Givers</p> <p>Institutional Preference</p> <p>Therapeutic Learning</p> <p>Internet</p> <p>Adaptive Facilities</p> <p>Office</p> <p>Home</p> <p>Internet</p> <p>Language/Culture</p>	<ul style="list-style-type: none"> Learners seek a vast array of learning objectives. Understanding the array of learning objectives will enable an alignment between learner populations and their various objectives early in the curriculum review, design, and development process. This alignment is a most fundamental component of the overall structure and intent of an institution curriculum. Understanding learners' objectives are an important element for motivation and sequencing of learning events. The point is not to be "everything to everybody" but to be fully informed as to the variety, type and characteristics of the objectives learners seek. <p>CREDENTIALING AND NON-CREDENTIALLED OBJECTIVES</p> <p>Degree</p> <ul style="list-style-type: none"> A.A.; A.S.; A.A.S. B.A.; B.S. M.A.; M.S.; M.B.A. J.D.; M.D.; Ed.D.; Ph.D. <p>Skill Development</p> <ul style="list-style-type: none"> Work Skills Basic Skills <p>Certificate</p> <ul style="list-style-type: none"> Internal <p>Certification</p> <ul style="list-style-type: none"> External <p>Re-certification</p> <ul style="list-style-type: none"> National State Mandatory Continuing Education <p>Trade</p> <ul style="list-style-type: none"> Automotive Plumbing Building Trades Electronic Technician <p>Trailing</p> <ul style="list-style-type: none"> Contract Open Program Call Center Operations Microsoft Word, Excel, Access, Project... Equipment Operation <p>Transfer (Articulation)</p> <ul style="list-style-type: none"> Two-year to Four-year Program to Program <p>Graduate School</p> <ul style="list-style-type: none"> Admissions Testing Professions <p>Post Graduate</p> <ul style="list-style-type: none"> Continuing Professional Education <p>Enrichment</p> <ul style="list-style-type: none"> "Find Me" Unclassified Exploration 	<ul style="list-style-type: none"> These exist in the learning marketplace a wide variety of learner provider models They include traditional models, cohort models, open learning models, mini-term models, online models and a host of others. Each model holds particular value for a specific learner population. There is an inextricable link between learning theory and teaching methodologies used to build the model, courses, and programs that make up the entire diverse curricula. <p>Community College Model</p> <p>Liberal Arts College Model</p> <p>Comprehensive University Model</p> <p>Research University Model</p> <p>Correspondence School Model</p> <p>Executive Education Model</p> <p>University of Phoenix Model</p> <p>PBS Model</p> <p>Credit Bank Model</p> <p>College of the Community Model</p> <p>Meta University Model</p> <p>Western Governors</p> <p>Southern Regional Electronic Campus</p> <p>Open U.S.</p> <p>Michigan Virtual University</p> <p>Commercial Learning Models</p> <ul style="list-style-type: none"> Ziff Davis University Model Sylvan Model Caliber Model Knowledge Pool Model Package Tutorial Model (CD ROM etc.) <p>Corporate University Models</p> <ul style="list-style-type: none"> Arthur Andersen Virtual Learning Network Model IBM Learning Services Model Motorola University Model <p>ASP University Model</p> <p>(Application Service Provider University)</p> <ul style="list-style-type: none"> Blackboard.com Canvas Blackboard LearnLine <p>Virtual High School Model</p> <ul style="list-style-type: none"> The Florida High School Maricopa Virtual High School University of Science and Mathematics <p>Vertical Market Model</p>	<ul style="list-style-type: none"> The American Psychological Association developed a 14 point learner-centered framework. There are more than 50 major learning theories, each focused on a different aspect of learning or learner population. There is an inextricable link between learning theory and teaching methodologies used to build the model, courses, and programs that make up the entire diverse curricula. <p>AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION'S LEARNER-CENTERED PSYCHOLOGICAL PRINCIPLES</p> <p>Cognitive and Metacognitive Factors</p> <ul style="list-style-type: none"> Nature of the learning process. Construction of knowledge. Strategic thinking. Context of learning. <p>Motivational and Affective Factors</p> <ul style="list-style-type: none"> Motivational and emotional influences on learning. Intrinsic motivation to learn. Effects of motivation on effort. <p>Developmental and Social</p> <ul style="list-style-type: none"> Developmental influences on learning. Social influences on learning. <p>Individual Differences</p> <ul style="list-style-type: none"> Individual differences in learning. Learning and diversity. Standards and assessment. <p>THEORY</p> <p>LEARNING THEORIES (Partial List)</p> <ul style="list-style-type: none"> Adult Learning Theory (P. Cross) Andragogy (M. Knowles) Anchored Instruction (J. Bransford) Cognitive Dissonance Theory (L. Festinger) Cognitive Flexibility Theory (R. Spiro) Conditions of Learning (R. Gagne) Experiential Learning (C. Rogers) Gestalt Theory (M. Wertheimer) Humanistic Learning (R. Maslow) Intelligence (J. Piaget) Shaped Learning (J. Lave) Social Learning Theory (A. Bandura) Structural Learning Theory (J. Seandura) <p>PRACTICE</p> <p>TEACHING/LEARNING METHODS (Partial List)</p> <ul style="list-style-type: none"> Active Learning Audio Tutorial Case Study Computer-Based Instruction Cooperative Learning Experiential Learning Group Inquiry Instructional Games Laboratory Learning Communities 	<ul style="list-style-type: none"> An institution's curriculum architecture details all of the specific models used to design, develop, deliver, assess, warrant, and assure the curriculum. The curriculum architecture that also is used to assure an institution's competitive academic standing. The architecture of a curriculum describes the style, method, of design, basic construction, key components and underlying philosophies used to build the model, courses, and programs that make up the entire diverse curricula. <p>Content Design Models</p> <ul style="list-style-type: none"> Design Based Model Modularized Curriculum Model Team Based Learning Models Online Curriculum Models Reusable Learning Object Model Reflective (Construct) Model Research Driven Model ... <p>Content Development Models</p> <ul style="list-style-type: none"> Freely Licensed Model Industry Standard Model Internal Expert Model Need Based Model Cross Discipline Models ISD (Instructional System Design) ADDIE (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation) DATUM (Design & Curriculum Model) ... <p>Content Delivery Models</p> <ul style="list-style-type: none"> Lecture Laboratory Online (Intranet) Self Paced Tutorial (Not Institutionalized) For to Peer Technology Enabled (CD, DVD, Video) Practition ... <p>Learner Assessment Models</p> <ul style="list-style-type: none"> Placement Mastery Learning Effectiveness Diagnosics Portfolio Literature Certification ... <p>Credentialed Awarded</p> <ul style="list-style-type: none"> A.A.; A.S.; A.A.S. M.A.; M.S.; M.B.A. J.D.; M.D.; Ed.D.; Ph.D. Institutional Certificates Industry Standard Certificates Certificates of Completion CEU (Continuing Education Units) ... <p>Competency Based Model</p> <ul style="list-style-type: none"> Domain/Competency Markets Vertical Learning Markets Horizontal Learning Markets 	<ul style="list-style-type: none"> The configuration is where all of the components of the model are used to construct a specific curriculum for a specific population. Learning specific objectives using specific teaching methods. A particular curriculum configuration is drawn from the overall architectural options of the institution. Configuring curriculum also involves the deployment aspect meaning scheduling, pricing, locating, etc. Across an institution a wide variety of curriculum configurations are deployed. <p>Assessment Strategy and Philosophy</p> <ul style="list-style-type: none"> Grades Mastery Placement Process Metrication <p>Curricula Configurations</p> <ul style="list-style-type: none"> Classic 3/2 Schedule (M.W.F.T.Ts) Weekend College Cohort Programs Accelerated Degree Programs Mini Terms Bi Weekly Blocks Sunday School Self Paced with Assessment Online Learning Community <p>Cognitive Competencies</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbal Quantitative Communication Analytical Critical Thinking Discipline Communication Writing Speaking Listening Basic Math Arithmetic Algebra Computer Literacy Word Processing Spread Sheets Data Base Presentation Managing Information Browsers Internet Literacy <p>Curriculum Resources</p> <ul style="list-style-type: none"> Content Resources Assessment Resources Skills Resources Reference Resources <p>Domain Competencies</p> <ul style="list-style-type: none"> Discipline Skill Methodological Interpersonal <p>Learning Outcomes</p>	<ul style="list-style-type: none"> The curriculum alone is not sufficient to deliver effective and efficient learning. Services are also required to ensure the learner is successfully engaged in the learning process. For example, assessment, advising, counseling, financial aid, and a host of other services are extremely important to the process of creating learner success. Appropriate services must be integrated (fused) with the curriculum design, development and deployment processes. <p>Academic Advising</p> <ul style="list-style-type: none"> Transfer Options Graduation Check Understanding Academic Rules <p>Assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> Skills Learning Styles Knowledge Base <p>Career Counseling</p> <ul style="list-style-type: none"> Matching Skills to Jobs Matching Temperament to Jobs Self Assessment <p>Career Placement</p> <ul style="list-style-type: none"> Job Search Interview Skills Contract Assessment and Negotiation <p>Day Care</p> <p>Financial Aid</p> <p>Health Center</p> <ul style="list-style-type: none"> Health Education Minor Treatment Center <p>Learning Resource Center</p> <ul style="list-style-type: none"> Learning Diagnostics SKILL Development Tutoring Technical Support Services Study Skills <p>Library</p> <ul style="list-style-type: none"> Digital Learning Resources Books and Reference Material Journals and Periodicals Information Search and Retrieval <p>Personal Counseling</p> <p>Recreation</p> <p>Special Populations</p> <ul style="list-style-type: none"> Disabled and Adaptive Environments Special Needs Language Needs <p>Service Center (One Stop Shop)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bursar Registrar Financial Aid Counseling Advising <p>Service Learning</p>

BYLAE G:
NOORD-KAAPSE STRATEGIESE PLAN VIR 2003-2006



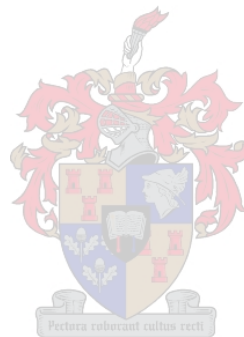
**NORTHERN CAPE – DEPARTMENT OF HEALTH
STRATEGIC PLAN 2003 – 2006**

TABLE OF CONTENTS

Foreword by Member of Executive Council	2
Introduction and sign off by Head of Department	3
Executive Summary	4
Part A Strategic Overview	5
Sectoral Situation Analysis	5
Demography	6
Epidemiology Profile	6
Major health Challenges	10
Broad policies, Priorities and Strategic Objectives	14
Part B: Programmes and Sub-programmes	15
Programme 1: ADMINISTRATION	18
Introduction	18
Situational Analysis	18
Programme 2: DISTRICT HEALTH SERVICES	20
Introduction	20
District Health System	20
Situational Analysis	20
Policies, priorities and Broad Strategic Objectives	20
HIV/AIDS / STI and TB	21
Situational Analysis	21
Policies, priorities and Broad Strategic Objectives	25
Key Constraints	25
Objectives and Performance Indicators	26
District hospitals	26
Objectives	29
Integrated Nutrition Programme	29
Introduction	29
Situational Analysis	29
Epidemiology Information	30
Key Challenges	30
Policies, priorities and Broad Strategic Objectives	30
Analysis of Constraints	31
Description of planned Quality Improvement Plan	32
Objectives and Performance Indicators	32
Programme 3: EMERGENCY MEDICAL SERVICES	37
Situational Analysis	37
Key Challenges	38
Policies, priorities and Broad Strategic Objectives	39
Analysis of Constraints	39
Description of planned Quality Improvement Plan	39
Objectives and Performance Indicators	39
Programme 4: PROVINCIAL HOSPITALS	41
Situational Analysis	41



Key Challenges	47
Policies, priorities and Broad Strategic Objectives	47
Description of planned Quality Improvement Plan	49
Programme 5: HEALTH SCIENCES AND TRAINING	56
Situation Analysis	56
Key Challenges	57
Policies, priorities and Broad Strategic Objectives	58
Objectives and Performance Indicators	59
Programme 6: HEALTH CARE SUPPORT SERVICES	64
Programme 7: HEALTH FACILITIES MANAGEMENT	68
Situation Analysis	68
Objectives and Performance Indicators	69
Addendum 2	74
Addendum 3	75



Foreword by Member of Executive Council

For the past nine years since the advent of democracy in our country we have resolved to restore back the dignity of our people through the provision of quality health service in all fields. We have made giant strides in the formulation of policies and strategies that will lead and direct us in effecting a positive impact on the lives of all citizens in the Northern Cape Province.

This strategic document is informed by the ANC health plan and commitment made by our Honourable State President during the State of the nation address 2003 and further by our Premier during the opening of the fifth session of the Legislature 2003.

As the people's government we have made significant interventions in various health areas including combating and arresting the spread of HIV/Aids, TB and other preventable communicable diseases. Improving our services in the rehabilitation, chronic diseases and geriatrics. We have also improved our attempts to reduce maternal and child mortality rate throughout our province through timeous intervention.

Great strides have been made in the revitalization of our health facilities in line with international recommended standards including the building of community health centres and clinics closer to our people in order to meet our objective of creating a better healthy life for all our people.

Through our interdepartmental cooperation we have improved the school nutrition program, raised the level of awareness amongst our people about living positively and healthy.

We have also resolved to invest in the development of our health personnel in order for them to overcome any hurdle impeding them in our quest to restore back the dignity of our people through the provision of quality health care service as informed by the "Patients Right charter".

Whilst it is true that we are succeeding in reversing the frontiers of poor health care services of the past, we are conscious of the enormous challenges ahead of us.

These challenges call upon us to continuously explore new methods and tools which will enable us to find a fit between available resources and the needs of our people thus realising the universal goal of "a better healthy life for all".

This strategic plan presents itself as one of the tools available at our disposal to assist us in bridging the gap between policy management and budgets for the purpose of realising our shared vision namely: creating a healthy Northern Cape Province.

I believe that with foresight and decisive action, we can create a better healthy Northern Cape Province for all our people.

Given the balance between our achievements and challenges facing us, I hereby commit that my office will provide an oversight to the Northern Cape Province Department of Health Strategic plan as presented hereunder.

Ms E.D Peters
HONOURABLE MEC FOR HEALTH

Introduction and sign off by Head of Department

This Strategic document is a product of strategic planning session held at Savoy Hotel on 19 / 20 July 2002 attended by employees from the Department of Health.

The document is guided by Health Sector Strategic Framework (1999 – 2004) ANC health plan, the President State of the Nation Address of 14th February 2003, State of the Province Address by the Premier of the Northern Cape on the opening of the fifth session of the second legislative sitting of the Northern Cape Province, 28th February 2003 and MEC for Finance Budget Speech for 2003 / 2004 .

The new strategic plan format assist in presenting a comprehensive evidence based planning that is aligned to the budget.

Northern Cape Province has made significant strides in delivering quality health care, within the limited resources. We have tried to balance the demand for health care with equitable distribution of services.

Continuous infrastructural development has been matched with skilled and competent employees.

The destructive HIV / AIDS epidemic will be fought with an equally aggressive intersectoral strategy.

We have fostered a great partnership with community structures, government departments to efficiently and effectively implement the strategic plan.

Dr MH Hendricks
HEAD OF DEPARTMENT OF HEALTH



1 EXECUTIVE SUMMARY

1.1 INTRODUCTION

The content of this document is guided by the input of colleagues during the two-day work session at the Savoy Hotel. This document was further guided by:

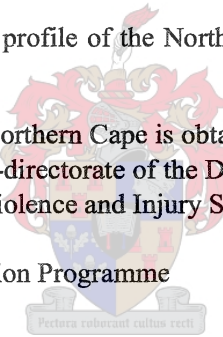
- Health Sector Strategic Framework of 1999-2004
- Provincial 5-year strategic plan
- ANC Health Plan
- Speech by the Premier of the Northern Cape Province on the occasion of the forth session of the second legislature sitting of the Northern Cape Province, 22 February 2002.
- SPS Document (Strategic Position Statement).
- National Programme Plans.
- Public Service Regulations
- Treasury Regulations

This document is to serve as the broad strategic framework for this department over the next three years.

The statistics depicting the demographic profile of the Northern Cape were sourced from Statistics South Africa, population census of 1996.

The disease profile of the people of the Northern Cape is obtained from the following sources:

- Information Management sub-directorate of the Department
- Medical Research Council (Violence and Injury Surveillance report)
- District Home Affairs Offices
- Peri-natal Problem Identification Programme



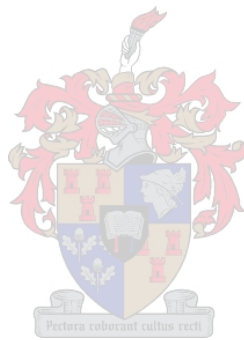
1.2 VISION

Excellent, holistic, people- centered and affordable health care in the Northern Cape.

1.3 MISSION

We are committed to achieving our vision through a decentralized, accountable, accessible and constantly improving health care system within available resources. Our caring, multi- skilled effective personnel will use evidence- based, informative health care and maturing partnerships for the benefit of our clients and patients.

PART A STRATEGIC OVERVIEW



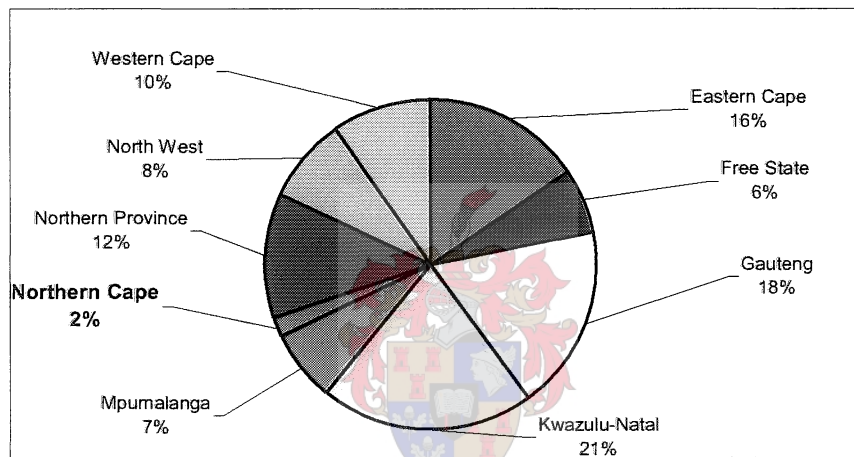
2 SECTORAL SITUATION ANALYSIS

2.1 DEMOGRAPHY

The population of the Northern Cape in 1996 was 840 323. In 2000 it was estimated to be between 870 000 and 900 000 persons.

The Province is renowned for its large area (it is the largest province having 29.7 % of the total land area of South Africa). It has a very low population density (only 2.3 people per km², whilst the average for South Africa is 34.4) and a high urban percentage (70.1%). The literacy rate is below the national average, but employment is above the national average.

Population per province

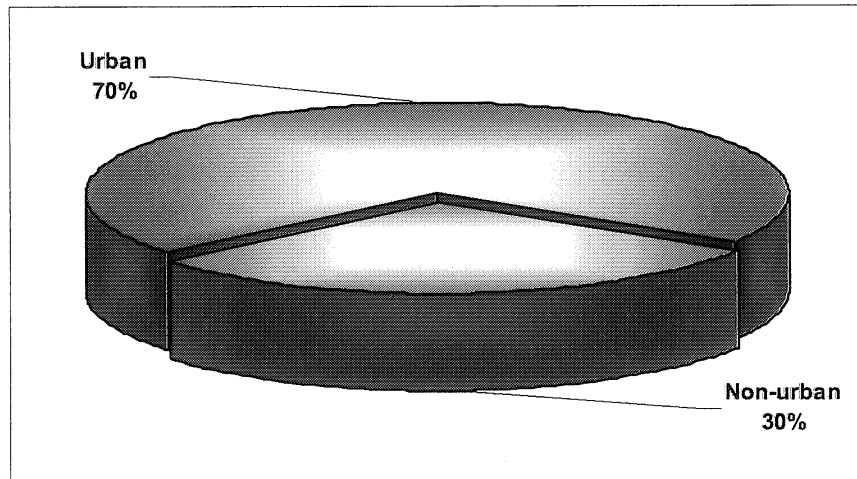


Province	Eastern Cape	Free State	Gauteng	Kwazulu-Natal	Mpumalanga	Northern Cape	Limpopo	North West
Population	6,302,525	2,633,504	7,348,423	8,417,021	2,800,711	840,321	4,929,368	3,354,825

The Northern Cape Department of Health, using the Census 1996 population data, estimates that 80% of the population is uninsured i.e. persons who are not covered by medical aid.

The Abt Associates data for Northern Cape reports an uninsured population of 539 196 persons in 2000. This might imply that approximately 65% of the Northern Cape population are making use of public facilities.

Urban versus Non- urban



The province has a high urban percentage (70.1%).

	Urban	Non-urban	Total
Population	588,906	251,415	840,321

70% of the Northern Cape population is deemed to be urban.¹¹ Towns in the Northern Cape are still experiencing influx from the rural and commercial farming areas. The housing of farm employees on farms is declining in favour of small towns. This is expected to increase with the increasing importance of access to health and education facilities as pull factors. Among the push factors are technology changes in irrigation areas (mechanisation), which leads to a decline in the number of jobs available.

Housing and engineering services.

According to the Census 1996, 70% of households lived in formal houses while almost 12% occupied shacks in informal settlements.

10% of household had no toilet facilities in 1996. 16

Vast improvements in health have been recorded but this is being threatened by the increasing prevalence of HIV related disease, growing inequity, environmental degradation and economic crisis. The next section details health status indicators of the Northern Cape.

Socio- Economic Status

Socio- Economic Indicator for Northern Cape and South Africa

		Northern Cape	South Africa
Area as a % of total SA		29.7	100
Population density (1996) people per km		2.3	34.4
% Urban 1996		70.1	53.7
% Non- Urban 1996		29.9	46.3
Literacy rate	1991	67.6	61.4
	1996	58.9	65.8
% Non school attendance (20+)	1991	7.3	9.6
	1994	16.7	19.4
	1996	21.7	19.3
Labour dependency ratio 1994		1.6	1.9
Age dependency ration 1996		62.3	64.4
Per capita income (Rands) 1994		2.865	2.566
Unemployment rate (official definition)	1998	17.9	25.2
	1999	18.1	23.3
Unemployment rate (expanded definition)	1998	29.8	37.5
	1999	29.1	36.2
% Households with piped water inside	1996	50	44.7
	1999	48.1	38.8
% Households with no toilet	1996	10.6	12.5
	1999	10.7	9.7
% Households using electricity for cooking	1996	70.7	59.4
% Households with telephone	1996	30.9	28.6

Literacy rates

Of the population aged 20 years and older, 21% have no schooling; 21% have some primary school education, 9% completed primary school, 12% completed Grade 12 and only 6% have a higher education.

¹² South African Health Review 2000.

¹³ Labour dependency ratio: the number of people supported by every member of the labour force excluding him or herself.

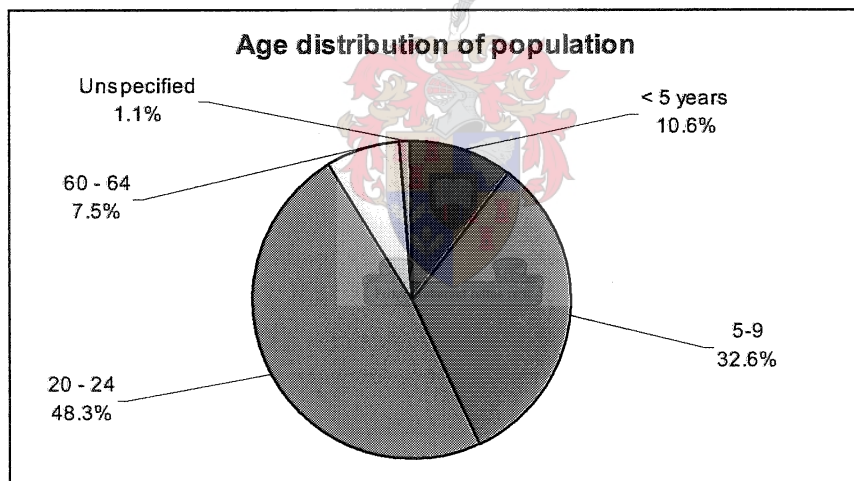
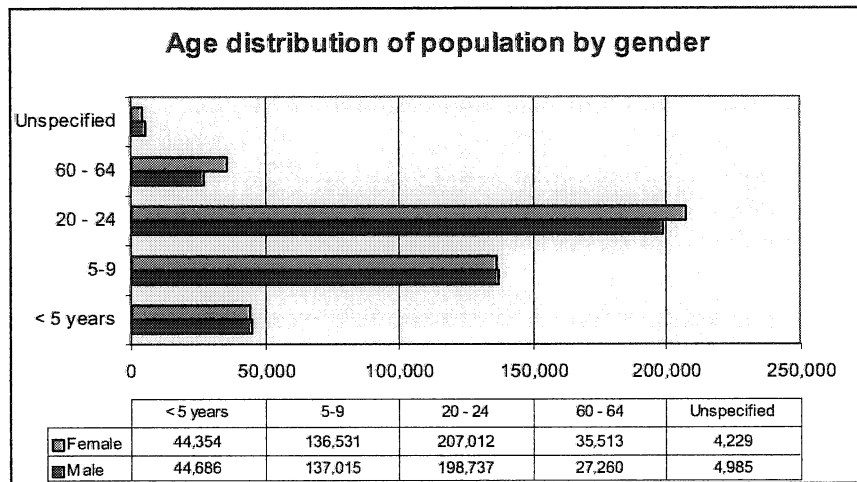
¹⁴ Age dependency ratio: the ratio of the combined child population (0-14 years) and the aged population (65+years) to the intermediate age population (15-<65 years).

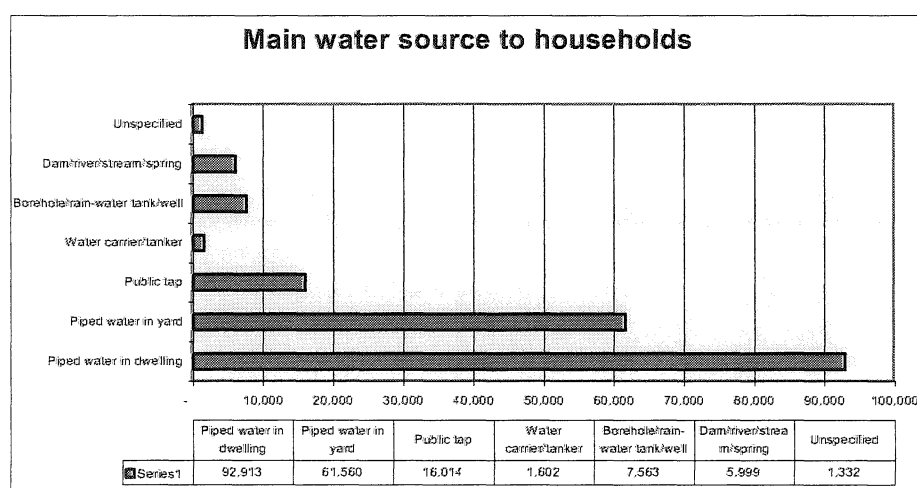
Population Size

The population of the Northern Cape in 1996 is 840 323.¹ In 2000 is estimated to be between 870'000 and 900'000 persons. The table below shows a breakdown of the population by District.

District	Population	Percentage
Kgalagadi	36 313	4.2%
Namakwa	109 147	12.8%
Karoo	178 046	20.9%
Siyanda	210 454	24.7
Frances Baard	306 657	36

Total		
-------	--	--





2.2 EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

According to ASSA 2000 it is estimated that 26% of all deaths in South Africa in 2000 were HIV / AIDS related.

Causes of Death

The table below indicates the causes of death in 2000²¹. The major difference in cause of death between men and women is the “non – natural” category (e.g. murder) which claimed the lives of 205 men. Liver disease is also more prevalent among men while women are much more likely to succumb to immune suppression and multi-organ failure. However, the primary causes of total deaths is respiratory, cardiovascular ranks second and tuberculosis third.

Causes of Death

	Disease category	Percentage
1	Respiratory	22%
2	Cardiovascular	15.5%
3	Tuberculosis	8.9%
4	Cerebro-vascular	8.9%
5	Natural causes	8.5%
6	Non natural caused	7.7%
7	Carcinoma	6.9%
8	Gastro-intestinal	4.7%
9	Renal	3.6%
10	Liver	1.9%

Chronic Conditions

Based on self-reported chronic conditions, major conditions in the Northern Cape are blood pressure, Ischaemic Heart Disease and Tuberculosis. Asthma and chronic bronchitis also appear to be particular problems for men. For women blood pressure, emphysema and tuberculosis are predominant. Men receiving treatment for hypertension in the Northern Cape is double that of the

national average (21,5% compared to 10,7%), whilst the figure for women taking medication is 35% compared to 27,7% nationally.

The most prevalent chronic conditions in the Northern Cape are hypertension and diabetes:

- Hypertension at an incidence of 52.9 per 1000 of the population over 45 years.
- Diabetes mellitus at 11.1 per 1000 of the population over 45 years.
- Chronic Obstructive Airways Disease at 2.7 per 1000 of the population.
- Epilepsy at 1.5 per 1000 of the population.

According to last official census results (1996), 45% of the Northern Cape's population are disabled.

Tuberculosis

In the top ten killer diseases tuberculosis has moved up by 1.9% and from 6th position to 3rd position since 1999. Tuberculosis incidence per District and overall provincial average is the following:

Year	Siyanda	Karoo	Frances Baard	Kgalagadi	Namaqua	Province
2001	734	512	366	562	453	509
2000	692	525	371	551	573	518
1999	722	540	328	559	508	505

These figures are per 100 000 of the population. The provincial new smear positive cure rate is presently 64%. This rate is obtained from outcome reports for quarters one to three for the year 2000 and is way below the national target of 85%. TB tops the list of five main notifiable medical conditions for the Province followed by, pesticide poisoning, hepatitis A, measles and hepatitis B.

Health care services play an important role in combating TB. Rates of TB infection are affected by socio-economic factors including housing, income, education and nutritional status. To be effective in this regard, inter departmental coordination is imperative. The prevalence of TB, which is appreciably higher in the Northern Cape (360 per 100 000) than the national average (254 per 100 000)²⁵, is expected to rise with the increase in HIV / AIDS prevalence.

A study conducted by Samson Kironde researched TB in the Northern Cape. It concluded that the distance from a clinic was less than 2km for 225 person sampled.

²⁵ South African Health Systems Trust. 1996 – 1998 data

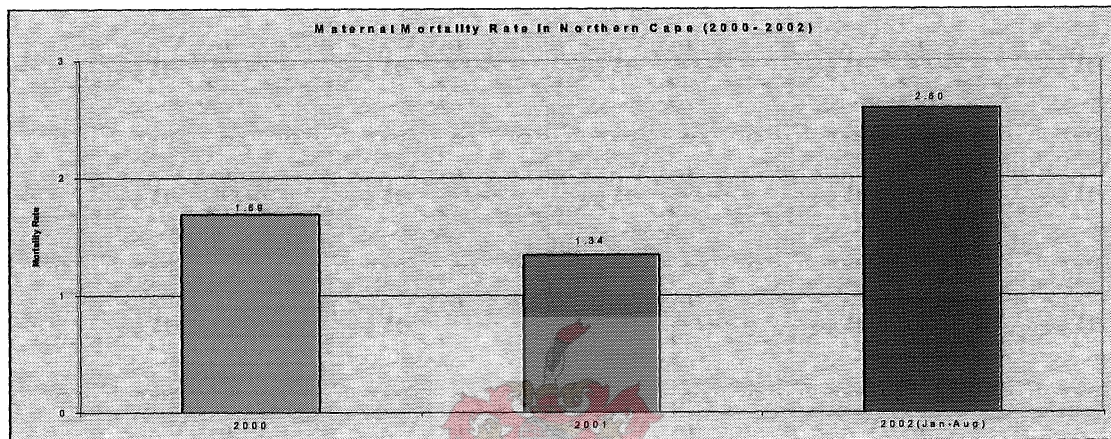
Distance from clinic of persons receiving TB treatment

Less than 2 km	67%
2-5 km	24%
6 – 10 km	7%

Greater than 10 km	2%
--------------------	----

The same study found that the 1st point of attendance was private medical practice (19%) and government health unit (81%). The majority was unemployed and 73% were single. The mean average was 34 years while the youngest was 15 and oldest 70 years. 735 of respondents lived in brick homes. The person making the diagnosis: 10% private doctor; 20% hospital doctor; 66% clinic nurse and the remainder were undefined.

Maternal Deaths



The Province recorded 29 maternal deaths for 2000 and 24 for 2001. This amounted to the following maternal mortality rates:

	Maternal Mortality
2000	1.69
2001	1.34
2002(Jan-Aug)	2.60

	Raw data	
	Maternal Deaths	Total live births
2000	29	17,141
2001	24	17,881
2002	32	12,315

Teenage Pregnancy

Unplanned parenthood is an issue amongst the youth in the Province. Twenty –two per cent of the youth have experienced unplanned parenthood (includes males hence the use of the word

parenthood rather than pregnancy). Teenage pregnancy is cited as the major reason for young woman leaving school.

Access to Health Care Services.

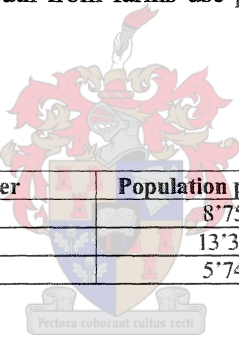
In the Northern Cape, persons living in towns are all within 5km of a health facility. It is in the rural areas where this is not the case and mobiles service these areas. However, according to the National Health Care Facilities Survey 2000, the Northern Cape mobile service had the lowest frequency nationally for mobile clinic visits at once in 6.7 weeks average. The Northern Cape is the largest Province and only has 47 mobile clinics.

Access to health services has an important role to play in supporting health promotion activities, taking a lead in caring and support to people living with HIV, and in supporting appropriate home-based care.

Access to health facilities by the youth in the Province (based on time taken to reach a medical facility) does not appear to be poor. 35% of the youth have access to a facility closer than 15 minutes away and 36% have access between 15 – 30 minutes. Youth, especially those living in rural settlements tend to use clinics more than private general practitioners.

However, the facility used by such youths is dependent on whether they belong to medical aid schemes or not. A high number of youth from farms use private general practitioners rather than clinics.

Primary Health Care facilities



PHC facilities	Number	Population per facility
Province wide	96	8'753
Least served Health District	23	13'320
Best served Health District	19	5'745

Public Hospitals

Hospital type	Number	Number of beds March 2001	Number of beds March 2002	Beds per 1000 Uninsured people
District	23	1'017	789	1.3
General (Regional)	1	525	541	2.0
Central				
Sub-total acute hospitals	24	1'542	1'550	24.7
Tuberculosis	2	176	176	6.0
Psychiatric	1	106	106	9.9
Chronic medical and other specialized	1	120	120	8.8
Total	28	1'944	1'733	28

Public Health Personnel

Categories	Number employed	%of total number employed	Number per 1000 people	Number per 1000 uninsured people	Vacancy rate	%of total personnel budget	Average annual cost per staff member
Medical officers	182	4.3%	0.20	0.95			148'445
Medical Officers (Intern)	23	0.5%	0.02	0.12	31%	17%	
Medical Specialists	10	0.3%	0.01	0.05	50%	0.7%	216'157
Dentists	12	0.3%	0.01	0.06	43%	0.6%	148'445
Dental Specialists							
Professional Nurses	863	21.8%	0.89	4.49	26%	27%	100'103
Staff Nurses	274	6%	0.29	1.48	Nil	5%	64'915
Nursing assistants	610	16%	0.63	3.17	28%	10%	54'873
Pharmacists	24	0.5%	0.02	0.12	11%	0.7%	102'103
Allied Health Professionals and technical staff	39	0.5%	0.04	0.20	29%	1%	100'103
Emergency Care Practitioner	197	4.7%	0.20	1.02	21%	5%	80'363
Managers, Administrators and logistical support staff	1'941	45%	2.02	10.11	37%	75%	124'320
Total	4'175	100%	4.33	21.77	29%	142%	76'990

2.3 MAJOR HEALTH SERVICE CHALLENGES

Hospital Revitalization

- Facilities are not located where required, thus requires expensive building programme.
- Upgrading of Health facilities.

Problem with referral chain

- Implementation of the two-crew ambulance system.
- Dealing with cross boundary self referrals.

Public Private interaction

- Provision of comprehensive service for clients at home through NGO's. Co-ordination of the services establishing of sound referral pathways and paying stipends to volunteers.

Quality of Care

- Implementation of the 24-hour Primary Health Care Service Policy. There is an increased brain drain marked through the Province with an increase depletion of Human Resources from Rural to urban areas.

- Emergency Medical Services – implementation of the 2-crew ambulance service.

Provision of Care

- A steady rise in maternal and infant mortality and morbidity including the youth with regard to HIV related and other diseases leading to a depletion of economic active sector of the population.
- A dramatic rise in HIV Prevalence in the Province and provision of a comprehensive HIV / AIDS service and linking it to the provision of other services.

Staff Mix

- Recruitment and retention of skilled personnel to the Province especially to the most remote areas of the Province.

2.4 BROAD POLICIES, PRIORITIES AND STRATEGIC GOALS

ADDENDUM 1 highlights the options considered by the Northern Cape for sustainable health service delivery. Drawn from the Provincial Strategic Position Statement it serves as a guiding document to the 3- year strategic plan.

CONCLUSIVE RECOMMENDATIONS

The NCDoh needs to achieve the following objectives in order to make the option work:

- A downscaling from 1807 to 1512 acute beds.
- An additional 350 step down beds are required divided according to adjusted public sector population numbers in all five Districts.
- An additional 86 Level I are required at Kimberley Hospital.

Beds to be shifted to different levels of care as follows:

- 493 Level I beds, mainly smaller, less efficient District Hospitals to CHC and step down beds.
- 72 Level two beds to level three beds at Kimberley Hospital.
- 59 CHC beds from CHC hospitals to be shifted to step down beds.
- The above shifts need to be very sensitive for community needs / convenience and political development priorities.
- A total of 62 psychiatric beds and 42 TB beds will have to be closed.
- An increase in admissions of 15% or 28,3 admissions per 1000 population.
- A total of not more than 9,21 / 1000 admissions for tertiary care.
- Provision should be made for an increase in 40% outpatient admission toward 2010 of which 21% will be AIDS outpatient's visits mainly at CHC's and District hospitals.
- An amount of R17,1 million will be required to be spent on HBC based on the National costing model. This amount may be considerably less if the NCDoh HBC model is implemented.
- Efficiencies will have to be improved to accommodate an average decline AvLOS with increasing admissions.

The net annual saving on transformation of R11,4 million may help fund the gap created by the model.



PROGRAMME 5: HEALTH SCIENCES AND TRAINING

HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT

Situational Analysis

Training needs Assessment and Gap Analysis, consultation process used to inform the needs Assessment.

- Needs analysis are linked to the Departmental Strategic Plan
- Consultation was initiated with institutional training committees
- Training is linked to organisational objectives of Health Workers
- The challenge is to train Health Workers to address equity in terms of Human Resources for health.
- The Medical Practitioner programme (Cuban) is an intervention to address the mal-distribution of scarce Human Resources in Health in the Province
- Number and types of institutions for Health professional education; categories trained; availability of faculty staff.

TYPE OF INSTITUTION	PROGRAMMES AND COURSES	CATEGORIES OF HEALTH PROFESSIONALS TRAINED	AVAILABILITY OF APPROPRIATE STAFF
Nursing college X 1	Basic and Post Basic programmes Basic – 4 year Diploma - 2 year Bridging course - 1 year Auxiliary Nursing - Post Basic – 1 year Primary Health Care - Community Health Care Nursing	Nurses	Nurse Educators X 13, with at least a basic Degree - 1 AD - Principal - 12 CPN's - Educators

APPRAISAL OF TRAINING PROGRAMMES DURING THE PAST YEAR

Programme	No. In Training	No. Qualified	Attrition
Diploma in General Nursing Science (Psychiatry community and) Midwifery	107	28	2 in 3 year only
Diploma in Midwifery	30	17	None
Diploma in Community Health Nursing 18/12	5	17	-

Diploma in General Nursing Bridging Course	98	43	4
Certificate in Primary Clinical Care	23	-	2
Certificate Short Courses in Forensic Nursing	19	23	0
Depam (Advanced Midwifery)	13	6	-
Integrated Management of Childhood Illnesses			
Auxillary nursing	103	none	3
Pharmacy Assistants (level 3 Basic)	22	-	-
Hospital Management (level 8-12)	7	7	-
Ambulance Emergency Assistant – Level 4	2	2	-
Human Resource Planning (DD Level)	2	2	-
Skill Development Strategy	6	-	-
Perinatal Education Programme	87	87	-
Health Information Management (level 7-8)		-	-
Pharmacy Assistants (level 3 Basic)	22	-	-
Programme in Public Service Management	83	77	0
Oliver Tambo Management Programme	2	2	none

Curriculum revision for:

- Revision for the Diploma in General Nursing Science (Psychiatry Community) and Midwifery.
- Diploma in clinical Nursing Science, Health Assessment, treatment and care
- Diploma in community Health Nursing is completed.
- Community based Education implemented.
- Forensic curriculum approved and implemented.
- Quality assurance by moderating bodies (University of Free State and the South African Nursing Council).
- No Capacity or Policy /Procedure in place to evaluate post training competencies/ relevance of training.

KEY CHALLENGES OVER STRATEGIC PLAN PERIOD

- To link all training to Departmental Strategic Plan and the needs of Institutions, concurrently support personal development of employees.
- To attempt to achieve equity in admission of candidates for training.
- To strike a balance between service demands and upgrading of skills of staff especially Enrolled Nurses.
- To link the output of Nurse Training to Departmental HR needs, specifically in the face of the impact of HIV/AIDS.

- To develop evidence based care among Health Care Workers in order to improve the quality of care.

POLICIES, PRIORITIES AND BROAD STRATEGIC OBJECTIVES

Policies & Strategies Informing Human Resource Development

SAQA ACT

- Facilitates the Implementation of the NQF and Establishment of SAQA

Higher Education Act

- Guides the placement and Governance of institutions of Higher Learning.

Nursing Act & Related Regulations

- Promotion and maintenance of professionalism and effective standards for Education and practice.

Skills Development Act and Skills Development Levies Act

- Encourages Employees to use the workplace as an active learning environment

To Develop Departmental Policy on HRD

- Co-ordination of Training Policy Bursaries and grants

Employment Equity and Employment Equity Plan

- Promotes Equality in the Work Place
- Audits inform appointment plans

Departmental Workplace Skills Plan

- Links Training Plans with Strategic Plan

Workplace HIV/AIDS Policy

Guides and harmonise HIV/AIDS programmes of the Department.

Primary Health Care Nurses Training is a priority for delivery of service

- Resident training in spite of no institution of higher learning.
- To ensure that all professional nurses working in PHC settings are trained in PHC Skills
- Target – to train 40 professional nurses per annum
- All clinics to be staffed with PHC trained nurses by 2005

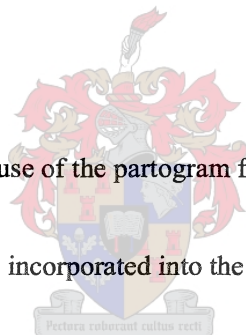
Training Programmes For (Mid-Level) Workers

- To accelerate the training of Pharmacy Assistants.
- Upgrade Auxilliary workers e.g. Nursing Auxillaries
- To Accelerate ABET programme to upgrade ancillary workers. To the main stream of Education.
- To accelerate ABET and NQF4 programme to the main stream of Education

Skills Development and Other Training Programmes (Targets For 2003/06)

To Train at Least:

- 40 Employees as assessors
- 20 Employees Moderators
- 60 Employees in Pharmacy Assistants Learnerships
- 5 Employees in Medical Technician Learnerships
- To Accelerate the Training of VCT Councillors and Training of Home Based Care givers
- To target at least 200 ABET learners over the next 3 years
- To Accelerate IMCI Training
- To accelerate PMTCT Training
- Training Nurses in the effective use of the partogram for effective monitoring of women during Labour
- Currently IMCI, Counselling are incorporated into the curriculum for Basic and Post Basic training of Nurses in Stages.
- In-service Training is dealt differently to Skills Development structured programs exist per District or institution
- Skills Development Plan exist and co-ordinated by Province



CURRICULUM INNOVATION AND DEVELOPMENT

- Community Based Education incorporating the problem based learning approach has been implemented in the Basic 4 year Diploma in Nursing
- All post basic programmes need to be reviewed to be in line with CBE and PBL and outcome Based approach.

		PROVINCIAL						NATIO
Objective	Indicator	By main	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	NAL
								Nation

		category	(actual)	(estimate)	(target)	(target)	(target)	all target
	Input							
Improve representation of disadvantaged groups and students of rural origin.	Number (and % change) in intake of students by main categories (at least medical courses, basic courses and mid-level worker training	BASIC						
		Students	163	141	183	221	241	
		Enrolled nurses (Bridging)	153	136	130	100	100	
		Nursing Auxillaries		100				
		Midwifery	18	30	35	40	40	
		POST BASIC						
		DEPAM Adavanced		19	25	20	25	
		Community Post Basic	28	5	30	30	40	
		Home Based Care					25	
		Primary Health Care	-	22	40	40	50	
		Forensic Nursing	22	19	25	25	40	
		IMCI	18	17	20	25	25	
		Pharmacy Assistants	0	25	33	45	45	
		EMS						
		MID LEVEL						
		Oliver Thambo Fellowship	2	2	2	3	3	
		IIP	0	79	80	-	-	
		MPH	2	2	3	8	10	
		MBA	1	0	0	0	0	
		Hospital Management	10	0	10	10	10	
		HR Planning	4	0	6	6	6	
		Skills Development	10	10	12	12	12	
		Health Information Management	60	60	0	0	0	
		Perinatal Education Programme	73	50	25	25	25	
	Process							
	Proportion of mid level training programmes accredited	4	6	8	10	12		
	Number of students recruited on the programme	Cuba programme	2	5	10	15	20	
	Output							
	Number (per and % change) of basic graduates by main categories	BASIC						

		Students (Nurses)	19	23	18	22	40	
		Nursing Auxillaries		100	120	120	120	
		Enrolled nurses (Bridging)	39	26	153	136	140	
	Number (per and % change) of post basic graduates by main categories	POST BASIC						
		DEPAM Advanced	13	19	25	20	25	
		Community Post Basic	17	28	5	30	30	
		Home Based Care						
		Primary Health Care	86	63	21	40	40	
		Forensic Nursing		22	19	25	25	
		IMCI	0	18	17	20	25	
		Pharmacy Assistants		22	33	45	45	
		EMS						
	Quality							
To reduce attrition rate per course per year for formal training by main category	Attrition rate per year for formal training courses by main category pf course	BASIC						
		Students (Nurses)		0,84%	0	0	0	
		Nursing Auxillaries		3%	0	0	0	
		Enrolled nurses (Bridging)		15%	0	0	0	
		POST BASIC						
		DEPAM Advanced		None	0	0	0	
		Community Post Basic		None	0	0	0	
		Home Based Care						
		Primary Health Care		9%	0	0	0	
		Forensic Nursing		None				
		IMCI		None				
		Pharmacy Assistants		None				
		EMS		None				
MANAGEMENT TRAINING								
To ensure capacity building for health managers	Percentage of managers trained per year per main category in various fields	Health management Training (Oliver Thambo Fellowship)		None				
		MPH	1	5	5	-	-	

Ensure quality training programme	Percentage of 1 st year entrants who graduate from formal training courses by main category of course	BASIC						
		Students (Nurses)	84	88	100	100	100	
		Nursing Auxillaries	-	-	100%	100%	100%	
		Enrolled nurses (Bridging)	100%	77%	100%	100%	100%	
		POST BASIC						
		DEPAM Advanced	100%	100%	100%	100%	100%	
		Community Post Basic	33%	100%	100%	100%	100%	
		Home Based Care						
		Primary Health Care	100%	100%	100%	100%	100%	
		Forensic Nursing	100%	100%	100%	100%	100%	
		IMCI	100%	100%	100%	100%	100%	

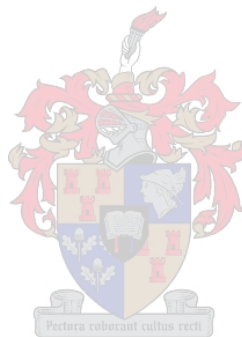
Summary of expenditure and estimates: Programme 5 - Health Sciences and Training

R'000	2000-01 Actual	2001-02 Actual	2002-03 Est. Actual	2003-04 Voted	2004-05 Estimate	2005-06 Estimate
Sub-programmes						
Nursing training college	6,059	6,586	7,853	10,030	10,596	11,290
Other training				4,201	4,420	4,663
Programme Total	6,059	6,586	7,853	14,231	15,016	15,953

R'000	2000-01 Actual	2001-02 Actual	2002-03 Est. Actual	2003-04 Voted	2004-05 Estimate	2005-06 Estimate
Current Expenditure						
Personnel	5,677	6,174	7,343	9,550	10,022	10,597
Transfers	-	-				
Other Current	382	404	495	4,656	4,964	5,321
Total: Current	6,059	6,578	7,838	14,206	14,986	15,918
Capital Expenditure						
Acquisition of capital assets	-	8	15	25	30	35
Transfers						
Total: Capital	-	8	15	25	30	35
Total GFS classification	6,059	6,586	7,853	14,231	15,016	15,953

Table: Evolution of expenditure of budget programme in constant 2002/03 prices (R million)**Total Programme Five - Health Sciences and Training**

Expenditure	1998/99 Actual	1999/00 Actual	2000/01 Actual	2001/02 Actual	2002/03 Est. Actual	Average annual change (%)	2003/04 Estimate
Total	8	7	7	7	8	1%	13
Total per person	9	8	8	8	9	0%	15
Total per uninsured person	11	10	10	10	11	0%	19



BYLAE H:
NORME EN STANDAARDE VAN OMVATTENDE GESONDHEIDSORGDIENSTE
WAT DEUR DIE DEPARTEMENT VAN GESONDHEID OPGESTEL IS



THE PRIMARY HEALTH CARE PACKAGE FOR SOUTH AFRICA – A SET OF NORMS AND STANDARDS



PART 1
NORMS AND STANDARDS FOR HEALTH CLINICS

PART 2
**NORMS AND STANDARDS FOR COMMUNITY
BASED CLINIC INITIATED SERVICES**

SEPTEMBER 2001

FOREWORD

Equity and access to health care were declared as the fundamental principles that were to underpin the transformation of health services in South Africa. To realise these ideals, and to ensure comparability in the delivery of services, it became necessary to define parameters for service delivery. This document presents that definition, in the form of a standardised comprehensive package of services to be delivered at primary care level, as well as the quality norms and standards that are required for each service.

An important aspect of this document is its multi-faceted applicability in the delivery of health care, both to the providers and to the recipients of care, as well as to the policy makers:

- it can be used by the community to see the range and quality of services to which they are entitled;
- it can be used by local health workers to help assess their own performance and that of their clinic; and
- it can be used as planning guidelines by local government and provincial health planners to progressively assess the needs of their population, and draw up plans to bring services up to national standards.

Another feature of the document is that it highlights the scope of the task we are asking of our workers in health clinics and the range of skills required of them. The immediate benefit of this is that all workers perform the same functions, have the same level of competence and the right skills for the job they need to do. This is critical for Primary Health Care to be a success and this document defines the essential element of this relation. This significantly enhances the worker's attitude and the value they place on their job.

Although the task at hand requires a considerable amount of effort, it can be expected that realities will temper our immediate efforts. Due to resource constraints it may not be possible to achieve the norms and standards specified everywhere at once. This document provides the means to assess shortcomings and to draw up plans to address them. Therefore, reaching these standards everywhere may take time, but the goal is to reach all of them by 2004. My urgent appeal to all is to assess the performance of their clinics against the standards contained in this document, and to then develop plans to address the shortfalls as speedily as possible to attain full national coverage by the target date of 2004.

The need to really focus on accelerating quality health service delivery remains. This document contributes towards our collective efforts to make primary health care services universally accessible, and it provides the necessary means to improve the quality of the care. Because we all painstakingly developed the document over the last four years, I urge us to take pride in it, and deliver due justice to it by implementing its contents as demonstration of our promise and commitment to provide equitable health services to the people of South Africa.



Dr M.E Tshabalala Msimang
Minister of Health

CONTENT

	Page
● Acknowledgements	4
● The Primary Health Care Package for South Africa - a set of norms and standards	5
Introduction	5
Definition of Norms and Standards	7
Interpretation	7
Content	7
PART 1	9
● Norms and Standards for Health Clinics	10
● Batho Pele - People first	10
● Patients Rights Charter	11
● Core Norms and Standards	12
● Women's Reproductive Health	16
● Management and prevention of genetic disorders and birth defects	18
● Integrated Management of Childhood illness	19
● Management of Asthma	21
● Diseases Prevented by Immunisation	22
● Adolescent and Youth Health	24
● Management of Communicable Disease	25
● Cholera and Diarrhoeal Disease Control	27
● Dysentery	28
● Helminths	29
● Sexually Transmitted Diseases (STD)	31
● HIV/AIDS	33
● Malaria	35
● Rabies	37
● Tuberculosis	38
● Leprosy	40
● Prevention of Hearing Impairment due to Otitis Media	41
● Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease	42
● Trauma and Emergency	43
● Oral Health	45
● Mental Health	46
● Victims of Sexual Abuse, Domestic Violence and Gender Violence	49
● Substance Abuse	51
● Chronic Diseases and Geriatrics	52
● Diabetes	54
● Hypertension	55
● Rehabilitation Services	57
PART 2	61
● Norms and Standards for Community Based - Clinic Initiated Services	62
● Community Level Water & Sanitation	62
● Community Level Home-based Care	64
● Directly Observed Treatment Short Course	65
● Integrated Nutrition Programme	67
● School Health Services	69
● Community Based Rehabilitation	71
● References and Document Sources	74
● Abbreviations	76

ACKNOWLEDGEMENTS

STAKEHOLDERS

- The production of this document is the culmination of a task that has involved many people in a great deal of work and effort. It benefited greatly from ideas, inputs and critical review from a broad range of participants from National Department of Health, Provincial Health Departments, other Government Departments (Correctional Services, SAHMS),

Non Governmental Organisations, Universities, Private Hospitals, Professional bodies, Labour organisations and the South African Local Government Association (SALGA).

The National Department of Health thanks all these contributors.

OTHER SUPPORT

- To individuals not part of either the stakeholder group nor Technical Task Team but who were requested to critique and advise on specific

chapters related to their areas of specialty (both public and private), **our sincere thanks for their for co-operation and assistance.**

TECHNICAL TASK TEAM

- A special tribute is paid to the Technical Task Team Members who contributed their time and experience to produce this document. Without their continuous contribution and tireless hard

work for the Department of Health, equity would have remained beyond our reach. **We applaud them for their efforts.**

TECHNICAL TASK TEAM MEMBERS

- Dr John Bennett *MSH Equity Project*
- Dr Gary Morris *Child Survival Project, Bergville Kwa-Zulu Natal*
- Dr Abdul G. Elgoni *Centre for Health Systems Research and Development, University of the Free State*
- Dr Cameron Bowie *UK DFID consultant to the Department of Health*

QUALITY ASSURANCE TECHNICAL AND SUPPORT STAFF

The project was co-ordinated for the National Department of Health by

The Directorate: Quality Assurance (QA) located within the Cluster: Health Information, Evaluation and Research (HIER).

Thanks to:

- Mrs. Nthari Matsau *Chief Director HIER*
- Dr Louis Claassens *Director QA*
- Mrs Myra Tshabalala *Deputy Director QA*
- Ms Assy Moraka *Assistant Director QA and project co-ordinator.*

QA SUPPORT STAFF

Sincere thanks to the following staff members:

- Mrs Cora De Groot,
- Mrs Caroline Mangwane, and
- Mr Abram Shakoane for all the secretarial and administrative assistance throughout the project.

THE PRIMARY HEALTH CARE PACKAGE FOR SOUTH AFRICA - A SET OF NORMS AND STANDARDS

INTRODUCTION

Primary health care is at the heart of the plans to transform the health services in South Africa. An integrated package of essential primary health care services available to the entire population will provide the solid foundations of a single, unified health system. It will be the driving force in promoting equity in health care. This document sets out the norms and standards that are to be made available in the essential package of primary care services. For the first time it will be possible for

individuals to see what quality of primary care services they can expect to receive. It also acts as guidance for provincial and district health authorities to provide these services.

This introduction describes the background to the work, the way the package and standards have been produced, their potential uses and how they are likely to evolve with time and experience.

THE BACKGROUND

The draft Health Bill requires the production of norms and standards to be used by provinces to provide health services at acceptable levels. Providing acceptable levels of service to all people will help the process of redistribution and reduce inequalities. The Year 2000 targets included the objective of having *“defined comprehensive services which are to be delivered at primary care level of health service delivery”*. The task to define and produce norms and standards falls to the Directorate:

Quality Assurance, Department of Health.

A primary health care package was defined following detailed consultation over four years with national experts and provincial staff. It forms the basis of this document, which contains norms and standards for clinic and community services. A national task team has undertaken the production of the norms and standards.

THE CHOICE OF NORMS AND STANDARDS

All necessary components of a comprehensive primary care package are described and norms and standards for each component are provided. The norms and standards are largely derived from existing national policy documents or, if unavailable, other authoritative sources such as WHO and research work undertaken in the country. All the

norms and standards are verifiable (some more easily than others) by staff providing the service. Some of the norms were taken from the Year 2000 Objectives and Indicators. An attempt has been made to ensure that the standards are practical, essential and comprehensive and describe the range of services that should be available to all South Africans.

POTENTIAL USES

It is hoped that the norms and standards are comprehensive enough to be used:

- By local staff to help assess their own performance and that of their clinic.
- By the community who are able to see the range and quality of services to which they are entitled.
- As planning guidelines by district and provincial health planners to help assess the unmet needs of their population and draw up

plans to bring services up to national standards.

- By provincial governments to guide resource allocation.

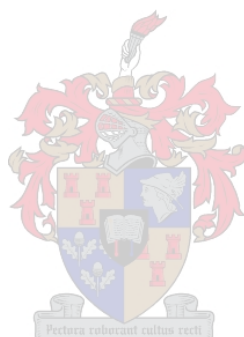
This wide range of uses requires the document to be available in different formats and selecting particular sections. Once this core document is published, it will be widely distributed to all stakeholders. Components can for example be adapted for use as checklists for local staff.

A LIVING DOCUMENT

The document has two parts - one on clinic services, the other on community services. The community health centre and level-1 hospital sections are given a separate document. The choice of separate documents follows the precedent set by the EDL and permits each document to remain of reasonable size.

Not every primary health care component has been fully documented. National policies will change and

service standards will be able to be enhanced, as more resources are made available. The document is the first of its kind. The task group believes that, with experience of its use, many things will be found that can be improved. Feedback from patients and staff is essential. Some provinces have set up norms and standards initiatives themselves. This is good as the more experience that is gained with their use the more can be shared.



DEFINITION OF NORMS AND STANDARDS

FOR THE PURPOSE OF THIS DOCUMENT NORMS AND STANDARDS ARE DEFINED THUS:

A NORM is defined as *a statistical normative rate of provision or measurable target outcome over a specified period of time.*

A STANDARD is defined as *a statement about a desired and acceptable level of health care.*

A common framework used to develop these standards addresses health service inputs, processes, outputs and outcomes. This approach has been adopted. Standards are best developed in

incremental stages and according to national priorities. These represent the first stage of this process for primary health care.

Standard setting takes place within specific dimensions of quality - acceptability, accessibility, appropriateness, continuity, effectiveness, efficiency, equity, interpersonal relations, technical competence and safety. The most important dimensions have been chosen for each service.

INTERPRETATION

Two important issues need to be taken into account when interpreting these norms and standards in the local setting. The first relates to the role of national

and provincial health authorities. The second relates to staff competency.

WHAT SERVICES ARE REQUIRED NOT HOW SERVICES ARE PROVIDED

The national task is to define **what** services are required to best meet the health needs of the nation. It is for provinces and local government to decide, in the light of local circumstances, **how** these services are to be provided. Because of these different roles this national document is about **what** services at **what** standard are required. The standards do not specify **how** the services are to be provided and at what level the standards will be met. It is for provinces and local government to harden up the standards with verifiable time limited measures based on existing performance and anticipated improvements.

Different kinds of facilities will be required to provide the same services in different situations. Take for instance the use of mobile clinics in remote rural areas compared to polyclinics in high-density urban areas. For this reason national standards about facilities and staffing norms are not offered. In some instances some standards about special facilities are included without which a service would be impossible to provide, for example a confidential room to talk to a sexually abused patient.

STAFF COMPETENCY

Many standards are about staff competency. It is to be expected that some staff will not be trained, or if trained, remain competent to provide all the services specified. It is the responsibility of professional staff to seek to rectify the deficit in themselves

and their staff by arranging appropriate training. It goes without saying that no members of staff should undertake tasks unless they are competent to do so. The safety of the patient is paramount.

CONTENT

The document is arranged in a logical order. There are two parts; the first deals with health clinics and the second section with community based services. The part on health clinics starts with a chapter on patient rights, which is followed by one on core norms and standards for all clinics whatever services they

are providing. For instance all clinics are expected to have and use the Essential Drug List. The standard is therefore included as a core standard. It is not repeated in later chapters although its use is essential for most if not all services. Chapters succeeding the core standards one do not duplicate core standards.

Then follows chapters on individual services in life cycle order starting with maternity care and women's health through children and adolescent services to communicable diseases and finally non-communicable diseases.

Each chapter has three paragraphs. The first describes the service to be provided and is taken from the document "The Primary Health Care Package". The second paragraph describes the norms, chosen to represent key measures of what is required. All clinics should be aspiring to measure and reach these norms. The third paragraph describes the standards for each service and it is divided into 9 sections. The first three sections describe the essential written material, equipment, supplies and medicines required. Successful performance to meet these standards requires good organisation and logistics.

Sections 4 and 5 are perhaps the most important of all in describing the required competence of staff, without which services will be of poor quality. These sections will be of help to individual professionals as they assess their own capabilities against what is required of them. They will also be of help to managers and

training departments in offering a backbone for training curricula and supervisory support.

Sections 6 - 9 relate to other professional tasks required but which are not directly related to individual patient care. They are nevertheless important, as they are to do with improving the health of the local community.

Part 2 is about community based clinic initiated services. The format is similar.

Documentary sources are listed at the back, which together with the documents listed in sections 1 of each chapter, reference the authoritative evidence on which the norms and standards are based.

YOUR COMMENTS AND FEEDBACK

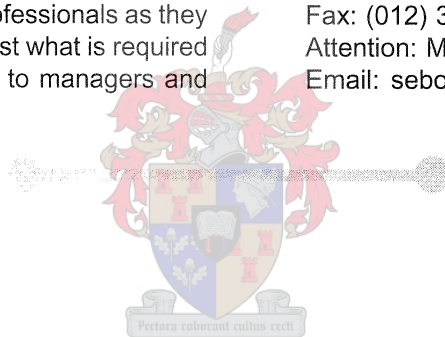
Please send any comments you might have on this document, to:

Directorate: Quality Assurance, Department of Health, Pretoria.

Fax: (012) 323 5053

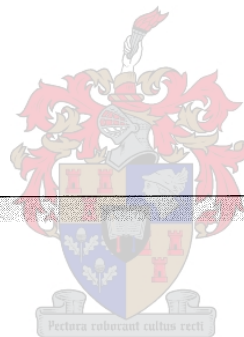
Attention: Ms L. Sebokedi

Email: sebokl@health.gov.za



PART 1

NORMS AND STANDARDS FOR HEALTH CLINICS



PART 1

NORMS AND STANDARDS FOR HEALTH CLINICS

BATHO PELE - PEOPLE FIRST

INTRODUCTION

Access to decent public services is the rightful expectation of all citizens especially those previously disadvantaged. Communities are encouraged to participate in planning services to improve and optimize service delivery for the benefit of the people who come first.

STANDARDS

All communities will know from displayed posters about the eight principles of Batho Pele, which are:

CONSULTATION

Communities will be consulted about the level and quality of public services they receive and where possible will be given a choice about the services offered.

SERVICE STANDARDS

Citizens would know the level and quality of public service they are to receive and know what to expect

ACCESS

All citizens have equal access to the services to which they are entitled

COURTESY

Citizens should be treated with courtesy and consideration.

INFORMATION

Citizens should be given full accurate information about the public service they are entitled to receive.

OPENNESS & TRANSPARENCY

Citizens should be told how national and provisional departments are run, how much they cost and who is in charge.

REDRESS

If the promised standard of service is not delivered they should be offered an apology, an explanation and an effective remedy, when complaints are made, citizens should receive a sympathetic positive response.

VALUE FOR MONEY

Public services should be provided economically and efficiently in order to give citizens and communities the best possible value for money.

Implications for health staff

In line with these principles the local health services for a community will provide:

- services with a high standard of professional ethics
- a missions statement for service delivery
- services which are measured with performance indicators displayed, so community can understand the level of achievement
- services which are in partnership with or complement other sectors e.g. the private sector and non-government organizations and community based organizations
- services which are customer friendly and confidential
- opportunities for community consultation
- types of outreach which can reach to all communities and to families in greatest need
- easily accessible and effective ways of dealing with complaints or suggestions for improvement
- current information on services available and hours of service, staff changes of movements and extra activities such as health days.

PATIENTS RIGHTS CHARTER

SERVICE DESCRIPTION

The purpose and expected outcome of the patients rights charter and complaints procedure is to deal effectively with complaints and rectify service delivery problems and so improve the quality of care, raise awareness of rights and responsibilities, raise expectations and empowerment of users, change attitudes by strengthening the relationship between providers and users, improve the use of services and develop a mechanism for enforcing and measuring the quality of health services.

STANDARDS

1.	Each clinic displays the patients rights charter and patient responsibilities at the entrance in local languages.
2.	<p>The twelve patient's rights are observed and implemented. Every patient has the right to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● a healthy and safe environment ● access to health care ● confidentiality and privacy ● informed consent ● be referred for a second opinion ● exercise choice in health care ● continuity of care ● participation in decision making that affect his/her health ● be treated by a named health care provider ● refuse treatment and ● knowledge of their health insurance/medical aid scheme policies ● complain about the health service they receive.
3.	<p>The ten patient's responsibilities are displayed alongside the patients rights charter. These include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Living a healthy lifestyle ● Care and protect the environment ● Respect the rights of other patients and health staff ● Utilise the health system optimally without abuse ● Know the health services available locally and what they offer ● Provide health staff with accurate information for diagnosis, treatment, counselling and rehabilitation purposes ● Advise health staff on his or her wishes with regard to death ● Comply with the prescribed treatment and rehabilitation procedures ● Ask about management costs and arrange for payment ● Take care of the patient carried health cards and records.
4.	There is provision for the special needs of people such as a woman in labour, a blind person or a person in pain.
5.	Services are provided with courtesy, kindness, empathy, tolerance and dignity.
6.	Information about a patient is confidential and is only disclosed after informed and appropriate consent.
7.	Informed consent for clinical procedures is based on a patient being fully informed of the state of the illness, the diagnostic procedures, the treatment and its side effects, the possible costs and how lifestyle might be affected. If a patient is unable to give informed consent the family is consulted.

8.	When there is a problem the health care user is informed verbally of the health rights charter with emphasis on the right to complain and the complaints procedure is explained and handed over.
9.	The clinic has a formal, clear, structured complaint procedure and illiterate patients and those with disabilities are assisted in laying complaints.
10.	All complaints or suggestions are forwarded to the appropriate authority if they cannot be dealt with in the clinic.
11.	A register of complaints and how they were addressed is maintained.
12.	The name, address, telephone number of the person in charge of the clinic is displayed.

CORE NORMS AND STANDARDS FOR HEALTH CLINICS

CORE NORMS

1.	The clinic renders comprehensive integrated PHC services using a one-stop approach for at least 8 hours a day, five days a week.
2.	Access, as measured by the proportion of people living within 5km of a clinic, is improved.
3.	The clinic receives a supportive monitoring visit at least once a month to support personnel, monitor the quality of service and identify needs and priorities.
4.	The clinic has at least one member of staff who has completed a recognised PHC course.
5.	Doctors and other specialised professionals are accessible for consultation, support and referral and provide periodic visits.
6.	Clinic managers receive training in facilitation skills and primary health care management.
7.	There is an annual evaluation of the provision of the PHC services to reduce the gap between needs and service provision using a situation analysis of the community's health needs and the regular health information data collected at the clinic.
8.	There is annual plan based on this evaluation.
9.	The clinic has a mechanism for monitoring services and quality assurance and at least one annual service audit.
10.	Community perception of services is tested at least twice a year through patient interviews or anonymous patient questionnaires.

CORE STANDARDS

1	References, prints and educational materials
1.1	Standard treatment guidelines and the essential drug list (EDL) manual.
1.2	A library of useful health, medical and nursing reference books kept up to date.
1.3	All relevant national and provincial health related circulars, policy documents, acts and protocols that impact on service delivery.
1.4	Copies of the Patients Charter and Batho Pele documents available.
1.5	Supplies of appropriate health learning materials in local languages.

2 Equipment

- 2.1 A diagnostic set.
- 2.2 A blood pressure machines with appropriate cuffs and stethoscope.
- 2.3 Scales for adults and young children and measuring tapes for height and circumference.
- 2.4 Haemoglobinometer, glucometer, pregnancy test, and urine test strips.
- 2.5 Speculums of different sizes
- 2.6 A reliable means of communication (two-way radio or telephone).
- 2.7 Emergency transport available reliably when needed.
- 2.8 An oxygen cylinder and mask of various sizes.
- 2.9 Two working refrigerators one for vaccines with a thermometer and another for medicines. If one is a gas fridge a spare cylinder is always available.
- 2.10 Condom dispensers are placed where condoms can be obtained with ease.
- 2.11 A sharps disposal system and sterilisation system.
- 2.12 Equipment and containers for taking blood and other samples.
- 2.13 Adequate number of toilets for staff and users in working order and accessible to wheelchairs.
- 2.14 A sluice room and a suitable storeroom or cupboard for cleaning solutions, linen and gardening tools.
- 2.15 Suitable dressing/procedure room with washable surfaces.
- 2.16 A space with a table and ORT equipment and needs
- 2.17 Adequate number of consulting rooms with wash basins, diagnostic light (one for each professional nurse and medical officer working on the same shift).

3 Medicines & Supplies

- 3.1 Suitable medicine room and medicine cupboards that are kept locked with burglar bars.
- 3.2 Medicines and supplies as per the essential drug list for Primary Health Care, with a mechanism in place for stock control and ordering of stock.
- 3.3 Medicines and supplies always in stock, with a mechanism for obtaining emergency supplies when needed.
- 3.4 A battery and spare globes for auroscopes and other equipment.
- 3.5 Available electricity, cold and warm water.

4 Competence of health staff*Organising the clinic*

- 4.1 Staff are able to
 - 4.1.1 map the clinic catchment area and draw specific and achievable PHC objectives set using district, national and provincial goals and objectives as a framework.
 - 4.1.2 Organise outreach services for the clinic catchment area.
 - 4.1.3 Organise the clinic to reduce waiting times to a minimum and initiate an appointment system when necessary.
 - 4.1.4 Train community health care promoters to educate caretakers and facilitate community action.
 - 4.1.5 Plan and implement a district focused and community based activities, where health workers are familiar with their catchment area population profile, health problems and needs and use data collected at clinic level for this purpose.

Caring for patients

- 4.2 Staff are able to follow the disease management protocols and standard treatment guidelines, and provide compassionate counselling that is sensitive to culture and the social circumstances of patients.
- 4.3 Staff are positive in their approach to patients, evaluating their needs, correcting misinformation and giving each patient a feeling of always being welcome.
- 4.4 Patients are treated with courtesy in a client-oriented manner to reduce the emotional barriers to access of health facilities and prevent the breakdown in communication between patients and staff.
- 4.5 The rights of patients are observed.

Running the clinic

- 4.6 A clear system for referrals and feedback on referrals is in place.

- 4.7 All personnel wear uniforms and insignia in accordance with the South African Professional Councils' specifications.
- 4.8 The clinic has a strong link with the community, civic organisations, schools and workplaces in the catchment area.
- 4.9 The clinic is clean, organised and convenient and accommodates the needs of patients' confidentiality and easy access for older persons and people with disability.
- 4.10 Every clinic has a house keeping system to ensure regular removal and safe disposal of medical waste, dirt and refuse.
- 4.11 Every clinic provides comprehensive security services to protect property and ensure safety of all people at all times.
- 4.12 The clinic has a supply of electricity, running water and proper sanitation.
- 4.13 The clinic has a written infection control policy, which is followed and monitored, on protective clothing, handling of sharps, incineration, cleaning, hand hygiene, wound care, patient isolation and infection control data.

5 Patient Education

- 5.1 Staff are able to approach the health problems of the catchment area hand in hand with the clinic health committee and community civic organisations to identify needs, maintain surveillance of cases, reduce common risk factors and give appropriate education to improve health awareness.
- 5.2 Culturally and linguistically appropriate patients' educational pamphlets are available on different health issues for free distribution.
- 5.3 Appropriate educational posters are posted on the wall for information and education of patients.
- 5.4 Educational videos in those clinics with audio-visual equipment are on show while patients are waiting for services.

6 Records

- 6.1 The clinic utilises an integrated standard health information system that enables and assists in collecting and using data.
- 6.2 The clinic has daily service registers, road to health charts, patient treatment cards, notification forms, and all needed laboratory request and transfer forms.
- 6.3 All information on cases seen and discharged or referred is correctly recorded on the registers.
- 6.4 All notifiable medical conditions are reported according to protocol.
- 6.5 All registers and monthly reports are kept up to date.
- 6.6 The clinic has a patient carry card or filing system that allows continuity of health care.

7 Community & Home Based Activity

- 7.1 There is a functioning community health committee in the clinic catchment area.
- 7.2 The clinic has links with the community health committee, civic organisations, schools, workplaces, political leaders and ward councillors in the catchment area.
- 7.3 The clinic has sensitised, and receives support from, the community health committee.
- 7.4 Staff conduct regular home visits using a home visit checklist.

8 Referral

- 8.1 All patients are referred to the next level of care when their needs fall beyond the scope of clinic staff competence.
- 8.2 Patients with a need for additional health or social services are referred as appropriate.
- 8.3 Every clinic is able to arrange transport for an emergency within one hour.
- 8.4 Referrals within and outside the clinic are recorded appropriately in the registers.
- 8.5 Merits of referrals are assessed and discussed as part of the continuing education of the referring health professional to improve outcomes of referrals.

9 Collaboration

- 9.1 Clinic staff collaborate with social welfare for social assistance and with other health related public sectors as appropriate.
- 9.2 Clinic staff collaborate with health orientated civic organisations and workplaces in the catchment area to enhance the promotion of health.

CORE MANAGEMENT STANDARDS

10 Leadership and planning

- 10.1 Each clinic has a vision/mission statement developed and posted in the clinic.
- 10.2 Core values are developed by the clinic staff and posted.
- 10.3 An operational plan or business plan is written each year.

11 Staff

- 11.1 New clinic staff are oriented.
- 11.2 District personnel policies on recruitment, grievance and disciplinary procedures are available in the clinic for staff to refer to.
- 11.3 The staff establishment for all categories is known and vacancies discussed with the supervisor.
- 11.4 Job descriptions for each staff category are in the clinic file.
- 11.5 There is a performance plan/agreement and training plan made and a performance appraisal carried out for each member of staff each year.
- 11.6 The on-call roster and the clinic task list with appropriate rotation of tasks are posted.
- 11.7 An attendance register is in use.
- 11.8 There are regular staff meetings (at least once a month).
- 11.9 Services and tasks not carried out due to lack of skills are identified and new training sought.
- 11.10 In-service training takes place on a regular basis.
- 11.11 Disciplinary problems are documented and copied to supervisor.

12 Finance

- 12.1 The clinic, as a cost centre, has a budget divided into main categories.
- 12.2 The monthly expenditure of each main category is known.
- 12.3 Under and over spending is identified and dealt with including requests for the transfer of funds between line items where permitted and appropriate.

13 Transport and communication

- 13.1 A weekly or monthly transport plan is submitted to the supervisor or transport co-ordinator.
- 13.2 The telephone or radio is working.
- 13.3 The ambulance can be contacted for urgent patient transport to be available within two hours.

14 Visits to clinic by unit supervisor

- 14.1 There is a schedule of monthly visits stating date and time of supervisory support visits.
- 14.2 There is a written record kept of results of visits.

15 Community

- 15.1 The community is involved in helping with clinic facility needs.
- 15.2 The community health committee is in place and meets monthly.

16 Facilities and equipment

- 16.1 There is an up-to-date inventory of clinic equipment and a list of broken equipment.
- 16.2 There is a list of required repairs (doors, windows, water) and these have been discussed with the supervisor and clinic committee.

17 Drugs and supplies

- 17.1 Stocks are secure with stock cards used and up-to-date.
- 17.2 Orders are placed regularly and on time and checked when received against the order.
- 17.3 Stocks are kept orderly, with FEFO (first expiry, first out) followed and no expired stock.
- 17.4 The drugs ordered follow EDL principles.

18 Information and documentation

- 18.1 New patient cards and medico-legal forms are available.
- 18.2 The laboratory specimen register is kept updated and missing results are followed up.
- 18.3 Births and deaths are reported on time and on the correct form.

- 18.4 The monthly PHC statistics report is accurate, done on time and filed/sent.
- 18.5 Monthly and annual data are checked, graphed, displayed and discussed with staff and the health committee.
- 18.6 There is a catchment area map showing the important features, location of mobile clinic stops, DOTS supporters, CHWs and other outreach activities.

WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

SERVICE DESCRIPTION

Reproductive services for women are provided in an integrated comprehensive manner covering preventive, promotive, curative and rehabilitative aspects of care. The focus is on antenatal, delivery, postnatal and family planning care.

NORMS

1. Increase the percentage of pregnant women receiving antenatal care (ANC) from the existing level to at least 70%.
2. Increase the deliveries in institutions by trained birth attendants from the existing level to at least 75%.
3. Reduce the proportion of pre-term deliveries and low birth weight babies by at least 20%.
Reduce the proportion of births in women below 16 years and 16-18 years from the existing level (13.2% in 1998).

STANDARDS

- 1 References, prints and educational materials**
 - 1.1 Midwifery protocols
 - 1.2 Contraception protocols
 - 1.3 Termination of pregnancy protocols
 - 1.4 Sterilisation act
 - 1.5 All Provincial circulars and policy guidelines regarding women's health issues
 - 1.6 A library of suitable references and learning material on women's health issues
- 2 Equipment and special facilities**
 - 2.1 Delivery set
 - 2.2 Neonatal resuscitation trolley
 - 2.3 Specula
 - 2.4 Fetalscope
 - 2.5 Women's Health charts
- 3 Medicines & Supplies**
 - 3.1 Ferrous and folic acid tablets
 - 3.2 Oxytocin
 - 3.3 Vit K injections
 - 3.4 Contraceptive barrier methods e.g. condoms
 - 3.5 Vaginal contraceptives e.g. spermicidal jelly
 - 3.6 Intrauterine contraceptive devices
 - 3.7 Injectable hormonal contraceptives
 - 3.8 Oral hormonal contraceptives
 - 3.9 Post-coital contraceptives

4 Competence of health staff

- 4.1 Nurses receive training in the perinatal education programme (PEP), contraception and post-abortion care management.
- 4.2 Staff are able to take a history and perform a physical examination and tests according to protocols and guidelines.
- 4.3 Staff provide routine management, observations and service according to the ANC protocol at each step of the pregnancy including at least three visits during pregnancy.
- 4.4 Staff provide education and counselling to each pregnant woman and partner on monitoring signs of problems (e.g. bleeding), nutrition, child feeding and weaning, STDs/ HIV, delivery, newborn and child care, advanced maternal age, family planning and child spacing.
- 4.5 Staff offer appropriate counselling, advice and service to pregnant women requesting termination of pregnancy.
- 4.6 At least one member of staff is able to:-
 - 4.6.1 Deliver uncomplicated pregnancies.
 - 4.6.2 Make routine observations according to the postnatal care protocol.
 - 4.6.3 Make usual routine observations and select and prescribe appropriate family planning methods according to national protocol.
 - 4.6.4 Screen, advice and refer infertility cases as per national guidelines.
 - 4.6.5 Conduct breast cancer and cervical screening for women older than 35 years as per protocols.
 - 4.6.6 Conduct home visits to provide support and supervise care.
 - 4.6.7 Provide appropriate adolescent/youth services on family planning, sexuality, health education and counselling.

5 Patient Education

- 5.1 Information is given to mothers on booking for delivery, child preventive care, education about child feeding and the introduction of solid food.
- 5.2 Further information is given to mothers on the care of breasts, vaginal bleeding and scars, signs of hypertension, diabetes, anaemia, return to usual physical efforts, labour rights, rights of the child and advice on family planning.
- 5.3 Patients are given group education.
- 5.4 Patients' relatives and the community receive continuous, appropriate high quality information on the importance of antenatal care and institutional deliveries.
- 5.5 Information, education and counselling are offered to adolescents and youth.

6 Records

- 6.1 All information on cases and outcome of deliveries are correctly recorded on the register.
- 6.2 All registers and monthly reports are kept up to date.

7 Community & Home Based Activity

- 7.1 The clinic has sensitised, and receives support from, the community health committee about the positive encouragement of attendance at clinic of all pregnant women.
- 7.2 Staff conduct regular home visits using a home visit checklist.

8 Referral

- 8.1 All referrals within and outside the clinic are motivated and indications for referral written clearly on the referral form.
- 8.2 Patients with need for additional health or social services are referred according to protocols.
- 8.3 Referrals from traditional birth attendants (TBA) should be encouraged and associated with the training of the TBAs and follow up of the training.

9 Collaboration

- 9.1 Clinic staff collaborate with social welfare for social assistance and other role players.
- 9.2 Clinic staff collaborate with clinic health committee, the civic organisations and workplaces in the catchment area to enhance health promotion.

MANAGEMENT AND PREVENTION OF GENETIC DISORDERS AND BIRTH DEFECTS

SERVICE DESCRIPTION

Genetic services are forming part of the integrated maternal, child and women's health care. It aims to assist individuals with a genetic disadvantage to live and reproduce as normally and responsibly as possible. The components include clinical diagnostic services, counseling, laboratory support, prevention strategies and public awareness campaigns in collaboration with NGOs, CBOs and other government sectors.

NORMS

1. At least one clinic staff member trained to recognize, counsel, treat, manage and refer most common conditions.
2. Clinic staff receive regular genetic training and update from the regional genetic coordinator.
3. Clinic staff receive support from visiting specialist, clinical geneticist and other academic experts.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS 1. The clinic has the latest copy of the Human Genetics Guidelines for Management and Prevention of Genetic Disorders, Birth Defects and Disabilities.
2	EQUIPMENT 2.1
3	MEDICINES AND SUPPLIES 3.1 List of drugs in accordance with the Essential Drugs List
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 At least one clinic staff is able to recognize, counsel, treat, manage and refer most common genetic conditions
5	REFERRALS 5.1 Referrals for further support as per guidelines
6	PATIENT EDUCATION 6.1 Provide posters, pamphlets and other educational materials on genetics for patients. 6.2 All patients and caretakers receive health education on genetic disorders, birth defects and disabilities. 6.3 Encourage women to procreate at the ideal reproductive age (25-35 years) to reduce the risk of chromosomal abnormalities. 6.4 Educate women to avoid exposure to teratogens during pregnancy e.g. alcohol, recreational drugs and certain chemical and infecting agents.
7	RECORDS 7.1 Notification forms to notify genetic disorders and birth defects in the immediate post-natal period and later in life.
8	COMMUNITY BASED SERVICES 8.1 Clinic staff to work with South African Inherited Disorders Association and other NGOs and CBOs to support affected individuals and families at community level.

9 COLLABORATION

- 9.1 Clinic staff collaborate with social workers, physiotherapists, speech therapists and other support staff to provide comprehensive care.
- 9.2 Clinic staff to work with South African Inherited Disorders Association, school teachers, and other NGOs and CBOs to provide information and raise awareness on genetic disorders, birth defects and disabilities.

INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS**SERVICE DESCRIPTION.**

Promotive, preventative (monitoring and promoting growth, immunisations, home care counselling, de-worming and promoting breast feeding), curative (assessing, classifying and treating) and rehabilitative services are given in accordance with provincial IMCI protocols at all times that the clinic is open.

NORMS

1.	Reduce the infant and under-5 mortality rate by 30% and reduce disparities in mortality between population groups. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
2.	Reduce mortality due to diarrhoea, measles and acute respiratory infections in children by 50%, 70% and 30% respectively. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
3.	Increase full immunisation coverage among children of one year of age against diphtheria, pertussis, Hib, tetanus, measles, poliomyelitis, hepatitis and tuberculosis to at least 80% in all districts and 90% nationally. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
4.	Eradicate poliomyelitis by 2002. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
5.	Increase regular growth monitoring to reach 75% of children <2 years. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
6.	Increase the proportion of mothers who breast-feed their babies exclusively for 4-6 months, and who breast-feed their babies at 12 months. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
7.	Reduce the prevalence of under weight-for-age among children <5 years to 10%. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
8.	Reduce the prevalence of stunting among children <5 years to 20%. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
9.	Reduce the prevalence of severe malnutrition among children <5 years to 1%. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
10.	Eliminate micro nutrient deficiency disorders. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
11.	All children treated at the clinic are treated according to IMCI Guidelines.
12.	Every clinic has at least two staff members, who have had the locally adapted IMCI training, based on the WHO/UNICEF Guidelines.
13.	Every clinic has a rehydration corner.
14.	A supervisor, who also evaluates the degree of community involvement in planning and implementing care, undertakes a six monthly assessment of quality of care.

STANDARDS

1	REFERENCES, PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS 1.1 National and Provincial wall charts and booklets. 1.2 A copy of the IMCI Standard Treatment Guidelines, relevant to the Province. 1.3 Child Health Charts to supply to new-borns and children without charts. 1.4 Copies of the National Essential Drugs List and Standard Treatment Guidelines. 1.5 Tick charts stuck to the desk as a reminder.
2	EQUIPMENT 2.1 An oral rehydration corner set up for immediate rehydration. 2.2 Emergency equipment available for intravenous resuscitation of severely dehydrated children.
3	MEDICINES & SUPPLIES 3.1 The clinic has litre measures and teaspoon measures, cups for feeding, sugar and salt (for the child that is not dehydrated) and rehydration powder (for the dehydrated child).
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 Every clinic has nurse practitioners able to treat clients in accordance with the IMCI guidelines. 4.2 IMCI trainer makes regular mentoring/supervision visits, initially 6 weeks after training, thereafter every 3 months. 4.3 Each clinic has an annual review of quality of care by IMCI Supervisor. 4.4 At least one member of staff takes overall responsibility for the assessment and management of the child. 4.5 Staff are able to establish trust and credibility through respect, courtesy, responsiveness, confidentiality and empathy, approaching consultations in a patient-centred way. 4.6 Staff are able to organise and implement an effective triage system for clients attending the clinic based on the IMCI protocol.
5	REFERRAL 5.1 Children with danger signs and/or severe disease are referred as described in the IMCI provincial protocol.
6	PATIENT EDUCATION 6.1 The mother or caregiver is counselled in accordance with the IMCI counselling guidelines. 6.2 Key family/household practices to improve child health are promoted as described in the IMCI community component.
7	RECORDS 7.1 An adequate patient record system is in place, using the child-health chart as the basic tool. 7.2 Patient details are recorded using the SOAP format.
8	COMMUNITY & HOME BASED ACTIVITY. 8.1 This takes place in line with the IMCI Guidelines for the Community Component. 8.2 The clinic works in close co-operation with community-based health programmes like community health worker schemes or care-groups.
9	COLLABORATION 9.1 Clinic staff collaborate with social workers, NGOs, CBOs, creches and other sectors to improve child health.

MANAGEMENT OF ASTHMA

SERVICE DESCRIPTION

This service aims at managing chronic asthma in infants, children and adults with treatment schedules for either mild or moderate to severe asthma. The service can also recognize, assess initiate treatment and refer emergency situations of acute bronchospasm associated with asthma and chronic obstructive bronchitis.

NORMS

Reduced incidence of emergency referrals due to asthma

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 Each clinic has the National and Provincial protocols and policy documents on management of acute and chronic persistent asthma. 1.2 Standard treatment guidelines and essential drugs list manual 1.3 Education materials for patients on allergy and avoidance of allergens and on the use of inhalers with or without spacers
2	EQUIPMENT
	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 See clinic core standards 2.2 Oxygen and nasal catheters for children and masks for adults
3	MEDICINES AND SUPPLIES
	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 As per the EDL
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF
	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 The clinic staff are able to diagnose and treat attacks of bronchospasm and give appropriate health education as per EDL. 4.2 The clinic staff able to take complete patient and family histories on episodes of wheeze, night time or wheeze, number of times inhalers are used per week and identify possible allergens and other irritants. 4.3 Clinic staff are able to optimize treatment using peak expiry flow rates and give psychological support before referral for further care. 4.4 Staff are able to use inhalers with spacers and masks for infants and small children. 4.5 Clinic staff can interact with caretakers and family of patients to ensure improved control of asthma with emphasis on prevention and early management.
5	REFERRALS
	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 Refer to assess and confirm diagnosis when in doubt and to optimise therapy. 5.2 Refer severe non-responding attacks of bronchospasm 5.3 Refer pregnant women with worsening asthma 5.4 Refer patients presenting with repeated asthma exacerbations 5.5 Refer patients with previous life threatening exacerbations 5.6 Refer if there are unsatisfactory social and personal factors such as inadequate access to health care, unavailable transport, difficult home conditions or difficulty with the home management plan
6	PATIENT EDUCATION
	<ul style="list-style-type: none"> 6.1 All patients and caretakers attending the service receive health education on prevention of exposure to known allergens and inhaled irritants such as cigarette smoke or allergens in animals, nuts or drugs. 6.2 The use and technique of inhalers is taught and demonstrated

6.3	Carers and patients understand the safety of continuous regular therapy and need for follow up
7	RECORDS
7.1	Clinic records are kept up to date with history of episodes, rate of use of drugs and inhalers, identified allergens and periodic PEFR recorded.
8	COMMUNITY BASED SERVICES
8.1	Conduct educational campaigns in school and community during pollen grain seasons
8.2	Community based programmes stress the need for smoke free environment and give guidelines on reducing common household allergens
9	COLLABORATION
9.1	Staff collaborate with other departments like Environmental health, Education and other sectors to educate and support sufferers and their caretakers.
9.2	Staff collaborate with the National Asthma Education program and the Allergy Society of South Africa to obtain their educational materials

DISEASES PREVENTED BY IMMUNISATION

SERVICE DESCRIPTION

Immunization is an essential service that is available whenever the clinic is open and based on an uninterrupted and monitored cold chain of constantly available vaccines.

NORMS

1.	All clinics provide immunisations at least for 5 days a week and if the community desires additional periods specifically for child health promotion and prevention.
2.	Every clinic has a visit from the District Communicable Disease Control Co-ordinator every 3 months to review the EPI coverage, practices, vaccine supply, cold chain and help solve problems and provide information and skills when necessary.
3.	Every clinic has a senior member of staff trained in EPI who acts as a focal point for EPI programmes.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
1.1	Copies of the latest editions of EPI (SA) <i>Vaccinators Manual Immunisation That Works</i> .
1.2	Copies of the Cold Chain and Immunisation and Operations Manual.
1.3	Copies of the Technical guidelines on immunisation in South Africa.
1.4	Copies of the EPI Disease Surveillance Field Guide.
1.5	Copies of the current Provincial Circulars on particular aspects, e.g. acute flaccid paralysis, flu virus, Haemophilus influenzae type b (HiB surveillance, Adverse Events Following Immunisation (AEFI) investigation and reporting.
1.6	Patient and community information pamphlets in appropriate languages.
1.7	Copies of the EPI Posters and other EPI disease and schedule promotional materials.
2	EQUIPMENT
2.1	Correct needles and syringes according to Vaccinators manual.

	2.2 A working refrigerator, properly packed, with thermometer and temperature recorded and a spare gas cylinder if gas operated.
3	MEDICINES AND SUPPLIES 3.1 An uninterrupted and monitored cold chain of constantly available vaccines as recommended by EDL.
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 Staff are able to: 4.1.1 Routinely perform correct immunisation practices according to protocol. Vaccines are checked periodically to ensure no frozen DPT, HBV, TT, Hib and none out of date or indicators showing expiry. 4.1.2 Provide mothers with correct knowledge of what is needed for the child, what is given and possible side effect and when to return for the next immunisation. 4.1.3 Provide group education for mothers and antenatal care attendants. 4.1.4 Follow up suspected cases of measles at home to determine the extent of a possible outbreak. 4.1.5 Take steps to increase coverage using the self-generated vaccination coverage graph (available in the Vaccinators manual) to address progress during the year. 4.1.6 Implement correct disposal of sharps. 4.1.7 Initiate post exposure prophylaxis for HIV in case of needle stick (according to Provincial protocol). 4.1.8 Ensure all reported and notified AFP, measles, NNT and AEFI cases are reported to EPI Coordinator and followed up within 48 hours by district investigation team of which the nurse in clinic is a co-opted member. 4.1.9 Organise immunisation service as a daily component of comprehensive PHC and to minimise waiting/queuing times. 4.2 Community health committees are given the lay case definitions of acute flaccid paralysis, measles and neonatal tetanus and urged to report suspected cases immediately. 4.3 The clinic has a good relationship with the Environmental Health Officer for assistance in outbreaks investigations. 4.4 Ensure that appropriate laboratory specimens are taken for the investigation of all AFP, NNT, measles and AEFI investigations are taken or else referred to the nearest hospital where specimens can be taken. 4.5 A 24 hour toll free number for notification - (0800 111 408) is on the clinic wall. 4.6 All HIV positive children must be immunized with all vaccines except for BCG in children with symptomatic AIDS. 4.7 Clinics arrange mass immunisation or mopping up campaigns in their communities as required by the District Manager. 4.8 Remote villages have mobile outreach sessions to provide routine services and to improve coverage where necessary. 4.9 Reduce missed opportunities and ensure that ill children and women in the childbearing age are immunised as appropriate.
5	REFERRALS 5.1 Children with signs and symptoms of the EPI priority diseases (AFP, measles, NNT and AEFI) are referred as in the IMCI Provincial protocols.
6	PATIENT EDUCATION 6.1 All clients attending clinics for immunization services receive the appropriate health education, information and support.
7	RECORDS 7.1 Patient records and patient notification forms. 7.2 Monthly immunisation statistics. 7.3 Case investigation forms for flaccid paralysis. 7.4 Case investigation forms for measles. 7.5 Case investigation forms for neonatal tetanus.

	7.6 Case investigation forms for adverse events following immunisation.
	7.7 Supply of child road to health charts.
8	COMMUNITY BASED SERVICES
	8.1 Communities participate in campaigns and national health days.
	8.2 Clinic staff follow up suspected cases of measles at home to determine extent of outbreak.
9	COLLABORATION
	9.1 Staff collaborate with other departments like education and other sectors to promote immunization and improve coverage.

ADOLESCENT AND YOUTH HEALTH

SERVICE DESCRIPTION

Adolescents are aged between 10-19 years and youths between 15-24 years as defined by the World Health Organization. The services provided to these specific groups are tailored to ensure a holistic approach with emphasis on special needs.

NORMS

1.	Regular visits by Primary Health Care coordinators to review health services for adolescents and youth.
2.	Staff has continuing professional education on needs of youth and adolescents.

STANDARDS

1	REFERENCE, PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
	1.1 Clinic has a copy of rights of the child.
	1.2 All legislation relevant to youth and adolescents is kept in the clinic.
	1.3 List of relevant NGOs, CBOs and community youth organisations in district.
	1.4 Planned Parenthood Association of South Africa booklet and other relevant materials to help parents discuss sexuality with youth.
	1.5 IEC materials and a library of youth related materials.
2	EQUIPMENT
	2.1 Adequate equipment suitable for a youth friendly service catering for the health needs of this group.
3	MEDICINES AND SUPPLIES
	3.1 Provided according to EDL.
	3.2 Condoms are placed in areas where it is not necessary to ask for them and where they can be taken without being watched
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF
	4.1 Staff are able to
	4.1.1 Map catchment area and if relevant prisons, orphanages, street children shelters, sports fields, schools and NGOs.
	4.1.2 Provide accessible youth friendly services with times or days to suit youth.
	4.1.3 Encourage youth to ask questions and seek information.
	4.1.4 Communicate well and avoid asking intrusive, irrelevant questions.

	<p>4.1.5 Know and work well with youth organisations, sports coaches, teachers, police and traditional circumcisors in the catchment area of clinic.</p> <p>4.1.6 Educate parents about parenting and provide guidance on improving intra-family and community relationships.</p> <p>4.2 Clinic have at least one member of the staff competent in counselling and able to assist an individual (or group) to gain an understanding of the situation and make and implement appropriate decisions.</p> <p>4.3 Staff ensure no opportunity is missed to assist youth in managing fertility and preventing STDs and HIV/AIDS.</p> <p>4.4 Staff involves adolescent and youth in planning and implementation of services.</p>
5	<p>REFERRAL</p> <p>5.1 Referred according to protocols for the relevant conditions.</p> <p>5.2 Ensure a mechanism for feedback of referred cases</p>
6	<p>PATIENT EDUCATION</p> <p>6.1 Assist in organizing and participate in awareness campaigns on relevant adolescent and youth health issues</p> <p>6.2 Involve youth in peer education and support peer education</p> <p>6.3 Supply of patient information pamphlet in relevant languages on</p> <p>6.3.1 Growth and development</p> <p>6.3.2 Gender specific needs of adolescents</p> <p>6.3.3 Oral care</p> <p>6.3.4 Nutrition</p> <p>6.3.5 risks to health of alcohol, smoking, drugs</p> <p>6.3.6 safe sex, condom use</p> <p>6.3.7 STD, HIV, AIDS, TB</p>
7	<p>RECORDS</p> <p>7.1 Staff use information system records to analyse conditions affecting youth (e.g. STD, accidents, infected circumcisions, sports injuries, behaviour problems, teenage pregnancy, TOP, rape, sexual abuse, etc).</p> <p>7.2 There is a register of disabled youth that indicates all dates of efforts to improve rehabilitation and refer to special school.</p> <p>7.3 Record is kept of occupational problems of youth in the area e.g. sex work, domestic work, agricultural work etc.</p>
8	<p>COMMUNITY BASED ACTIVITY</p> <p>8.1 Staff are aware of community based initiatives aimed to prevent and respond to problems of youth.</p>
9	<p>COLLABORATION</p> <p>9.1 Clinic staff work with social workers, social structures, NGOs and CBOs on adolescent and youth health issues including children at risk problems (adolescents and the law, poor hygiene, sexual abuse, glue sniffing, etc).</p> <p>9.2 Staff collaborate with other sectors to improve youth health especially with teachers in schools in setting up a child-to-child programme.</p>

MANAGEMENT OF COMMUNICABLE DISEASES

SERVICE DESCRIPTION

This chapter deals with the management of communicable diseases in general with the emphasis on prevention, early diagnosis and initiation of measures to prevent transmission and serious morbidity, disability and death. Separate chapters deal with Tuberculosis, HIV infection and AIDS, sexually transmitted diseases, cholera, rabies, leprosy, shigella dysentery and malaria. These are the diseases, which are either priority national public health diseases or are ones associated with the possibility of causing outbreaks.

The communicable diseases, which are included in the South African Expanded Programme of Immunisation, and scabies, are dealt with separately under childhood diseases. Rheumatic fever and helminths are also dealt with separately.

NORMS

1.	All clinics are supervised every three months by the District Communicable Disease Control Co-ordinator.
2.	All clinics send to the local authority or district health office an immediate telephonic report of acute flaccid paralysis or cholera.
3.	Cases referred as notifiable diseases to hospital are notified by the hospitals on a weekly basis on Form GW 17/3.
4.	All clinics send an individual notification on Form GW 17/5 to the local authority or district health office as soon as possible.
5.	Monthly report on deaths from a notifiable disease are notified on Form GW 17/4.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS 1.1 Each clinic has the National and Provincial protocols and policy documents on communicable Diseases and every 6 months reviews them with the Environmental Health Officer of the area.
2	EQUIPMENT 2.1 See clinic generic equipment
3	MEDICINES AND SUPPLIES 3.1 As per EDL
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 All clinics have a book of notifiable disease forms GW17/5 and complete a form for every notifiable disease. Cases confirmed in hospital send a copy back to the clinic with the lower part of the form completed. 4.2 When the district office receives a notification the communicable disease control co-ordinator initiates a response, together with the District Environmental Health Officer and the local clinic staff. The Infection Control Nurse of the Hospital and in the case of an outbreak, the outbreak teams and the laboratory are also involved. 4.3 The clinic staffs are able to commence action by taking more complete patient and family histories and by visiting the home and environment to identify other cases and causes which can be prevented. Clinic staff are responsible for stabilising cases before hospitalisation and for taking initial specimens for the laboratory. 4.4 Clinic staff can interact with community health committees to maintain surveillance for cases and to ensure control measures after suitable education. 4.5 The emphasis is always on prevention, early diagnosis and initiation of measures to prevent transmission and serious morbidity, disability and death. 4.6 In endemic areas for Malaria, Schistosomiasis, Cysticercosis and Trachoma clinics receive extra protocols on management from the District Health Offices.
5	REFERRALS 5.1
6	PATIENT EDUCATION 6.1 All patients attending the service receive health education.

7	RECORDS 7.1 Clinic records of communicable diseases are kept up to date.
8	COMMUNITY BASED SERVICES 8.1
9	COLLABORATION 9.1 Staff collaborate with other departments like Environmental health, Education and other sections within health like MCHW and Health Promotion.

CHOLERA AND DIARRHOEAL DISEASE CONTROL

SERVICE DESCRIPTION

Diarrhoeal disease control is an essential daily element of clinic services as well as an element in outbreak prevention and control.

NORMS

1.	Every clinic considers itself part of the Provincial and National Diarrhoeal Disease Control Programme.
2.	All staff are trained in the management of diarrhoeal disease and have continuing education every 6 months or when there are reports of cholera outbreaks in neighbouring countries or regions.
3.	Every clinic is able to contact and works with the environmental health officer in whose area it falls.
4.	Reduce mortality due to diarrhoea in children by 50% (Year 2000 Health Goals and Objectives)

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS 1.1 The clinic has the latest copy of Guidelines for Diarrhoeal diseases and Cholera Control.
2	EQUIPMENT 2.1 Cholera packs for diagnosis and the protocol for stool collection.
3	MEDICINES AND SUPPLIES 3.1 List of drugs in accordance with the Essential Drugs List 3.2 The clinic maintains a buffer supply of ORS and intravenous fluids. 3.3 Clinic staff know where extra stocks can be obtained quickly in case of emergency
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 Staff have knowledge of the clinical presentation of diarrhoeal diseases and cholera and refer severe cases to hospital having first starting rehydration. Less severe cases are managed at clinic level with oral rehydration. 4.2 Clinic staff are able to manage cases of diarrhoea and dehydration daily during epidemics. 4.3 There is always a state of preparedness for an outbreak of cholera by maintaining a buffer supply of ORS and intravenous fluids. 4.4 Staff are able to recognise the clinical presentation of cholera. 4.5 Suspected cases are reported immediately by phone or other communication method.

4.6	Oral rehydration (with ORS sachets) are used and the patients state of dehydration is monitored while having the ORS.
4.7	Clinic staff encourage use of salt and sugar home-prepared solution when ORD sachets are not available.
4.8	Staff know that cholera infection can be asymptomatic or cases can be mild and indistinguishable from other diarrhoea.
5	REFERRALS
5.1	All severely dehydrated cases should be referred to hospital
6	PATIENT EDUCATION
6.1	All patients and caretakers receive health education on oral rehydration therapy, refuse disposal and cleanliness.
7	RECORDS
7.1	Patient's records are kept up to date.
7.2	A weekly chart is kept in clinics showing diarrhoea cases under 5 and cases over five and any undue rise especially of cases over 5 is reported to the District Manager.
8	COMMUNITY BASED SERVICES
8.1	Education is carried out in the community on hygiene, latrine use, hand washing, food safety, boiling of water and milk, chlorination of drinking water if feasible, use of tap water or delivered tanker supplies during an epidemic.
8.2	The value of breast-feeding as a preventive measure is a permanent part of the clinics community health education programme.
9	COLLABORATION
9.1	Staff collaborate with other departments like Environmental health, Education and other sections within health like MCHW, Health Promotion.

DYSENTERY

SERVICE DESCRIPTION

For surveillance and reporting purposes the case definition of dysentery is diarrhea with visible blood in the stool and an outbreak is when there is an unusual increase in the weekly number of patients with or deaths from bloody diarrhoea.

NORMS

Reduce the number of cases of *Shigella dysenteriae* type 1 (sd1) in communities from which it was previously notified.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
1.1	Copy of Steps in management of a dysentery outbreak.
1.2	Pamphlets in local languages.
1.3	Protocols on management of dysentery.
2	EQUIPMENT
2.1	
3	MEDICINES AND SUPPLIES
3.1	List of drugs in accordance with the Essential Drugs List.

3.2 Oral and intravenous rehydration solutions.	
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF
4.1	Clinic staff are able to identify and manage patients with dysentery using the triad of fever, convulsions and bloody diarrhoea.
4.2	Staff increase infection control measures in its premises especially in toilets at times of outbreaks.
4.3	Staff initiate, with the help of the environmental health officer, the collection of stool samples from the clinic patients and from cases in their neighbourhood. Rectal swabs or swabs of fresh stool are collected on Cary-Blair transport media, packed with ice in a box and sent to laboratory, which is warned of their arrival by phone.
4.4	A stool specimen form for all cases is completed and antibiotic sensitivity requested and sent with the specimen.
5	REFERRALS
5.1	Criteria for referral are (1) a severely malnourished or very ill child under 5, (2) a child with measles in the last 6 weeks and (3) patients 50 years or older, dehydrated or having a convulsion.
6	PATIENT EDUCATION
6.1	Clinic staff will intensify preventive measure such as health education on hand washing with soap, breast feeding, food and water safety, home storage, treatment of water and use of latrines at times of outbreaks.
7	RECORDS
7.1	Records are kept up to date.
8	COMMUNITY BASED SERVICES
8.1	The district notifies clinics of any outbreak of dysentery so that clinics are prepared with pamphlets and supplies of drugs to which the organism is sensitive
9	COLLABORATION
9.1	Staff collaborate with other departments like environmental health officer, water affairs and other community based organisations.

HELMINTHS

DESCRIPTION OF SERVICE

Helminths can cause significant morbidity and yet are preventable and treatable. This chapter deals mainly with two of the most important diseases caused by helminths in South Africa - schistosomiasis and cysticercosis.

NORMS

1.	Clinics in endemic areas for schistosomiasis receive a visit at least every month during months December to March from an environmental health officer looking specifically at schistosomiasis control.
2.	Clinics receive from the laboratory a summary of results of helminth infections identified from their clinics at least every 6 months.
3.	Staff have continuing education in helminth infection in children together with integrated management of childhood illness at least once a year.

STANDARDS

1	REFERENCES, PRINT AND EDUCATIONAL MATERIALS
1.1	The clinics in endemic areas for schistosomiasis are able to obtain from the district health office a copy of <i>Bilharzia in South Africa</i> , JHS Gear and R J Pitchford, latest edition.
1.2	The clinic has
1.2.1	Posters and public information handouts in endemic areas on schistosomiasis, hydatid disease, cerebral cysticercosis.
1.2.2	Posters and public information handouts on common intestinal helminths (ascaris, trichuris, necator, enterobius, taenia).
1.2.3	Any dam, river or pond near a clinic in a schistosomiasis endemic area has a notice board about the danger for children of swimming there if the EHO has identified it as having infected snails.
2	EQUIPMENT
2.1	Plastic stool jars for urine and stool specimen
2.2	Laboratory forms and registers
3	MEDICINES AND SUPPLIES
3.1	
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF
4.1	Staff know whether the clinic is in an endemic area for Schistosomiasis or other helminths.
4.2	Staff know the relationship between taenia solium from pigs and neurocysticercosis and epilepsy.
4.3	Staff give the correct information to patients on the life cycle of worms and how to prevent future infections.
4.4	Staff take a stool specimen for the laboratory and initiate treatment when a mother complains her child has recurrent abdominal pains, occasional blood in stool, recurrent cough, or when mother says she has seen worms.
5	REFERRAL
5.1	Referred according to protocols for relevant conditions
6	PATIENT EDUCATION
6.1	Staff advise children against swimming in infected pools and especially between 10:00-15:00 hours when <i>S. haematobium</i> cercariae are shed especially in warmer months. <i>S. mansoni</i> shed earlier 08:00-14:00 so people fetching water or washing are at risk.
6.2	Staff advise the community on the danger of, and to store water for 48 hours before, washing or drinking if from an identified schistosoma infected dam or pool.
6.3	Staff educate mothers on bringing up children to wash hands, wash fruit and vegetables, use a toilet correctly, not swim in dangerous water, not defecate near a river or urinate in water.
7	RECORDS
7.1	All records kept according to protocol.
8	COMMUNITY BASED ACTIVITY
8.1	Staff help with mass prevention or treatment projects initiated by district e.g. deworming pre-school children, treating school children in hyper-endemic areas of schistosomiasis.
9	COLLABORATION
9.1	Staff seek to involve the community with EHO in control measure advocated by District.
9.2	Staff work with schools to involve teacher, pupils and parents in district advocated control measures.
9.3	Staff discuss the importance of the "health promoting school" with teachers and parent-teacher associations in the catchment area.

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STD)

SERVICE DESCRIPTION

The prevention and management of STD is a service available daily at a clinic and is a component of services for reproductive health and for control of HIV/AIDS.

NORMS

1. Every clinic has a review of quality of care once a year by a supervisor preferably using the validated DISCA (District STD Quality of Care Assessment) instrument.
2. Every clinic has at least one member of staff but preferably all professional staff trained in the management of STD using the "Training Manual for the Management of a person with a Sexually Transmitted Disease".
3. Every clinic has at least one member of staff (but preferably all who have been trained for STD) trained as a counsellor for HIV/AIDS/STD.

STANDARDS

- 1 REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS**
 - 1.1 Standard Treatment Guidelines and Essential Drug List, latest edition.
 - 1.2 Syndromic Case Management of Sexually Transmitted Diseases - guide for decision-makers, health care workers and communicators.
 - 1.3 The Diagnosis and Management of Sexually Transmitted Diseases in Southern Africa, latest edition.
 - 1.4 Supplies of patient information pamphlets on STD in the local languages.
 - 1.5 Posters on STD and condoms in all the local languages.
 - 1.6 Wall charts of the 6 protocols of STD management in consultation rooms.
- 2 EQUIPMENT**
 - 2.1 A condom dispenser placed in a prominent place where condoms (with pamphlets on how to use) can be obtained without having to request them.
 - 2.2 Examination light (or torch if no electricity) for every room with a screened examination couch.
 - 2.3 Sterile specula (specula plus steriliser).
- 3 MEDICINES SUPPLIES**
 - 3.1 List of drugs in accordance with the Essential Drugs List and latest management protocols.
 - 3.2 A supply of male condoms with no period where condoms are out of stock.
 - 3.3 Gloves.
 - 3.4 Dildos - at least one per clinic but preferably one per consulting room.
- 4 COMPETENCE OF HEALTH STAFF**
 - 4.1 Clinic staff provide STD management daily and have extended hours, or on call weekend time, if in an urban or peri-urban area.
 - 4.2 The staff are adolescent friendly with friendly communication so as to be accessible and acceptable to shy patients whether male or female.
 - 4.3 Patients have friendly, non-judgemental, confidential private consultations.
 - 4.4 Staff are able to take a history and examine patients correctly with dignity respected when all patients have skin, mouth, genital and peri-anal areas examined.
 - 4.5 The history is taken correctly and partner change inquired about (the gender of partners is not presumed).

- 4.6 Syphilis serology is done on all patients with STD - and twice in pregnancy (if PR available at clinic this is done there), some do VDRL.
- 4.7 Pap smears are done on women over 35 or with a history of vulval warts.
- 4.8 Patients are counselled on safe sex and HIV/AIDS is explained to them.
- 4.9 Treatment is according to the protocol for each syndrome.
- 4.10 Condom use is demonstrated and condoms provided.
- 4.11 Contact cards in the correct language are given and reasons explained so that at least 60% result in the contact coming for treatment.

5 REFERRALS

- 5.1 All patients are referred to the next level of care when their needs fall beyond the scope of competence.
- 5.2 Conjunctivitis in the newborn is referred after initial treatment.
- 5.3 The patient is referred if pregnant and has herpes in the last trimester.
- 5.4 Pelvic inflammatory disease is referred if patient is sick, has pyrexia and tachycardia, or severe tenderness, or is pregnant.
- 5.5 A painful unilateral scrotal swelling age under 18 is referred immediately for a surgical opinion regarding a possible torsion.

6 PATIENT EDUCATION

- 6.1 All patients receive health education on asymptomatic STD, misconceptions, rationale of treatment, compliance and return visit.
- 6.2 Time is given during counselling and discussion after treatment about the need for contacts to be treated.
- 6.3 If the patient's syndrome is vaginal discharge the possibility of it not being sexually transmitted is discussed.
- 6.4 If pregnant then implications for the baby are discussed (congenital syphilis, ophthalmia, HIV, chlamydia).
- 6.5 The importance of condom use is stressed.

7 RECORDS

- 7.1 Patient's records are kept according to protocol with confidentiality stressed.
- 7.2 Laboratory registers with return time for laboratory specimens not greater than 3 days.
- 7.3 A register is kept of contact cards issued and returned.
- 7.4 Partner notification cards are in local languages.

8 COMMUNITY BASED SERVICES

- 8.1 Staff Liaise with traditional healers about the care of STDs.

9 COLLABORATION

- 9.1 Staff collaborate with different departments such as schools, churches, traditional healers and community organisations implementing health promotion activities leading to the prevention of STD.

HIV/AIDS

SERVICE DESCRIPTION

A comprehensive range of services is provided including the identification of possible cases, testing with pre-and post-counselling, the treatment of associated infections, referral of appropriate cases, education about the disease to promote better quality of life and promotion of universal precautions with the provision of condoms and the application of occupational exposure policies including needle stick injury.

NORMS

1. The clinic is supervised every three months by the District Communicable Disease Control Co-ordinator and the Senior Infection Control Nurse of the district hospital.
2. Every three months those clinics performing RPR and Rapid HIV tests have a visit by a laboratory technologist for quality control.
3. At least one professional nurse will attend an HIV/AIDS/STD/TB workshop or other continuing education event on HIV/AIDS each year.

STANDARDS

- 1 **REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS**
 - 1.1 HIV/AIDS Strategic Plan for South Africa 2000-2005
 - 1.2 Summary results of the last (e.g. 1998) National HIV Serological Survey on women attending public health services in South Africa.
 - 1.3 Management of Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus (HIV).
 - 1.4 Paediatric HIV/AIDS Guidelines.
 - 1.5 HIV/AIDS Clinical Care Guidelines for Adults. Primary AIDS Care, latest edition.
 - 1.6 Epidemiological Notes - National or Provincial relating to HIV/AIDS.
 - 1.7 Strategies to reduce Mother to Child Transmission of HIV and other infections during Pregnancy and Childbirth.
 - 1.8 HIV/AIDS Guidelines for home based care.
 - 1.9 Policy guidelines and recommendations for feeding of infants of HIV positive mothers.
 - 1.10 AIDS pamphlets in the local language.
 - 1.11 Illustrated booklets e.g. Soul City – AIDS in our community
 - 1.12 Posters on HIV/AIDS/STD in the local languages and preferably depicting local culture settings.
- 2 **EQUIPMENT**
 - 2.1 Remote clinics have laboratory equipment for RPR and Rapid HIV.
- 3 **MEDICINES AND SUPPLIES**
 - 3.1 Gloves and protective aprons and goggles
 - 3.2 Condoms - male and dildo (female condoms if policy)
 - 3.3 Post exposure prophylaxis of occupationally acquired HIV exposure e.g. needle stick injuries with HIV positive blood in accordance with the recommendations of the Essential Drug List.
- 4 **COMPETENCE OF HEALTH STAFF**

Knowledge and attitudes

 - 4.1 Staff know the contents of the guidelines on Management of Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus.
 - 4.2 Staff relate to patients in a non-discriminatory and non-judgemental manner and maintain strict confidentiality about patient's HIV status.

- 4.3 Staff are familiar with regulations and mechanisms to deal with confidentiality in notifying patients with AIDS disease or AIDS deaths.
- 4.4 Staff provide warm, compassionate, counselling on a continuous basis and which is sensitive to culture, language and social circumstances of patients.
- 4.5 Staff are aware of the effects of factors such as unprotected sexual intercourse, multiple sexual partners, poverty, migrant labour, women's socio-economic conditions, lack of education, the high incidence of STD, lack of recreational facilities, violence and rape, drugs and alcohol, discrimination, lack of relevant knowledge in relation to HIV transmission in the clinics catchment area.
- 4.6 Staff are aware of the social consequences (orphans, loss of work, family, disruptions, youths schooling and careers) of AIDS.
- 4.7 Staff seek to reduce fear and stigma of HIV/AIDS.
- 4.8 Staff provide youth friendly services that help promoting improved health seeking behaviour and adopting safer sex practices

Skills

- 4.9 Staff are able to
 - 4.9.1 Take a good history including a sexual history, after establishing a trusting relationship.
 - 4.9.2 Undertake a physical examination according to guidelines checklist in good lighting and in privacy.
 - 4.9.3 Do pre and post test counselling after informed consent and take laboratory specimens for HIV (two separate blood specimens), and RPR.
 - 4.9.4 Perform, after training, rapid HIV and RPR tests in those remote clinics where this has been set up.
 - 4.9.5 Continue counselling at suitable times when more time can be allocated.
 - 4.9.6 Promote optimal health and safer sexual practices (wellness management to include mental attitude, nutrition, healthy lifestyle, vitamins, no drugs or alcohol, avoidance of re-infection with HIV and STD by practising safer sex, early treatment if infectious including TB).
 - 4.9.7 Assess the prognosis of HIV to AIDS by recognising and diagnosing the common opportunistic infections.
 - 4.9.8 Diagnose acute pneumonia and start on cotrimoxazole or other antibiotic while arranging referral for admission.
 - 4.9.9 Refer to Tuberculosis and HIV/AIDS clinical guidelines and initiate directly observed tuberculosis treatment after obtaining positive sputum results or send for x-ray when in doubt and also send sputum for culture, while starting INH prophylaxis 300mg daily
 - 4.9.10 Offer periodic check-ups, including weight, to all HIV cases.
 - 4.9.11 Discuss voluntary HIV testing with patients with STD or TB, and get consent forms signed.
 - 4.9.12 Counsel cases of rape and offer HIV test after informed consent and pre- and post test counselling.
 - 4.9.13 Use universal precautions.
 - 4.9.14 Use policy guidelines and recommendations for feeding infants of HIV positive mothers and assess mothers' circumstances and counsel appropriately and abide with mothers' rights to choose after informed counselling.
 - 4.9.15 Know all community structures in the clinic catchment area that can assist HIV positive mothers and infants and be able to differentiate between slow and rapid progressors.
 - 4.9.16 Provide education, counselling and supportive care for child and child carer (including treatment of intercurrent illness, advise about feeding, Road to Health chart, immunisation, Vitamin A) and facilitate access to social services.
 - 4.9.17 Collaborates with traditional healers on HIV/AIDS
- 4.10 All clinic staff (professional and cleaning/laundry) are immunised against Hepatitis B.

5 REFERRALS

	<p>5.1 Refer cases of Herpes zoster, oesophageal candidiasis and severe continued diarrhoea (after trial of symptomatic treatment).</p> <p>5.2 Refer suspected TB cases with negative sputum for further investigation</p>
6	<p>PATIENT EDUCATION</p> <p>6.1 All education vigorously addresses ignorance, fear and prejudice regarding patients with HIV/AIDS attending clinics.</p> <p>6.2 Increase acceptance and use of condoms among the youth and other sexually active populations</p>
7	<p>RECORDS</p> <p>7.1 Patient's records are kept according to protocol with emphasis on confidentiality.</p>
8	<p>COMMUNITY BASED SERVICES</p> <p>8.1 The clinic has a working relationship with Community Health Committees, political leaders, ward councillors, NGOs and CBOs in the catchment area of the clinic.</p> <p>8.2 Clinics keep track of HIV positive patients in their catchment areas while keeping information confidential.</p> <p>8.3 Staff help in meeting needs of the individual and family - preventing problems, assisting in care and knowing when and where to seek assistance.</p> <p>8.4 Staff inform and train family and community groups in home-based care.</p> <p>8.5 Staff seek to de-stigmatise HIV disease in community through education.</p> <p>8.6 Staff assist in integrating home based care services from industry, traditional organisations, church, NGO, welfare, and provide guidelines to community health committees on situation analysis and needs assessment in the community.</p> <p>8.7 Staff work with traditional healers on improved advocacy of HIV/AIDS and STDs.</p> <p>8.8 Staff provide simple home kits if possible.</p> <p>8.9 Staff undertake home visits to supervise care and provide support.</p>
9	<p>COLLABORATION</p> <p>9.1 Staff collaborate with other departments like education and other sectors.</p> <p>9.2 Staff collaborate with Community Health Committees, political leaders, ward councillors, NGOs and CBOs in the catchment area of the clinic.</p> <p>9.3 Staff collaborate with traditional healers in the clinic catchment area</p>

MALARIA

SERVICE DESCRIPTION

South Africa has an effective control programme for malaria although seasonal outbreaks occur in endemic areas. In addition to public health measures treatment of cases aims at preventing mortality and complications and eliminating parasitaemia to minimise transmission.

NORMS

1.	Members of the Provincial or District Malaria Control teams visit clinics in endemic areas every month during spraying activities throughout the year.
2.	During peak transmission times October – May visits are more frequent.

STANDARDS

1	<p>REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS</p> <p>1.1 Malaria Control Policy in South Africa – Latest version.</p>
----------	---

STANDARDS

	1.2 Latest Guidelines for the Prophylaxis of Malaria. 1.3 Latest Guidelines for the Treatment of Malaria. 1.4 Pamphlets on Malaria control Programme. 1.5 Pamphlets on Malaria diagnosis and treatment and prevention in local languages. 1.6 Posters in local languages.
2	EQUIPMENT 2.1 Laboratory equipment - rapid diagnostic tests on microscopic slides of blood smears.
3	MEDICINES AND SUPPLIES 3.1 List of drugs in accordance with the Essential Drugs List.
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 Staff receive training and periodic continuing education on malaria control and malaria clinical management. 4.2 Staff know if the clinic is in an endemic area of Northern Province, Mpumalanga, N-E KwaZulu-Natal, or in an occasional focal limited epidemic area of N-W Province and N Cape. 4.3 Staff know the highest transmission period (e.g. Oct-May) and its relation to rainfall and abnormal seasonal patterns. 4.4 Staff keep a high level of suspicion of fevers, persons coming from other endemic countries (e.g. Mozambique) and are thus capable of making early diagnosis to offer rapid treatment. 4.5 Staff regard all South Africans as non-immune and prone to severe complications. 4.6 Staff provide information on personal preventive measures and prophylactic treatment to travellers and tourists in high risk areas. 4.7 Staff treat suspected uncomplicated malaria as per malaria protocol. 4.8 Staff refer urgently to hospital all suspected severe cases. 4.9 Staff confirm diagnosis with blood test either by blood smear for microscopy to laboratory or rapid diagnostic tests. 4.10 Staff repeat blood test if negative and symptoms persist.
5	REFERRALS The following are referred: 5.1 All children after initial treatment with tepid sponging and rehydration. 5.2 Patients not responding to treatment within 4 days. 5.3 Patients with symptoms of severe and complicated malaria (recording blood glucose, weight and what treatment if any already given on the referral form). 5.4 Pregnant patients. 5.5 Patients with skin reactions to treatment.
6	PATIENT EDUCATION 6.1 All patients receive in high risk areas health education on preventative measures: use of impregnated bed nets/curtains, use of repellents on skin, aerosols, coils, vaporisers with insecticides, use of prophylactic drugs and about continuing precautions all year. 6.2 Clinic staff discuss the purpose of vector control measures and house spraying and larval control in endemic areas, reasons for active detection of cases and treatment in homes by malaria control field teams.
7	RECORDS 7.1 Patients records are kept up to date. 7.2 All confirmed cases of malaria are notified to the malaria control programme.
8	COMMUNITY BASED SERVICES 8.1 Clinic staff co-operate with the Malaria Control team and Environmental Health Officers by recording community responses to residual insecticide (e.g. replastering) and any social changes (e.g. influx of migrant workers).

9 COLLABORATION

- 9.1 Clinic staff collaborate with other departments like environmental health, water affairs and education.

RABIES**SERVICE DESCRIPTION**

The services for rabies are provided in hospital, but the clinic is aware of the different categories:

CATEGORY 1 includes feeding, touching and licking of intact skin by an infected animal. This will not have treatment, but if the history is unreliable the patient gets vaccine.

CATEGORY 2 includes licking broken skin, but no bleeding by infected animal. This is treated by vaccine.

CATEGORY 3 patients are treated at the hospital with immunoglobulin and rabies vaccine. It includes bites and scratches, which penetrate skin and licking mucus membrane by infected animal.

NORMS

Every clinic has a member of staff conversant with the "Guidelines for Medical Management of Rabies in South Africa."

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
	1.1 Guidelines for Medical Management of Rabies in South Africa.
2	EQUIPMENT
	2.1
3	MEDICINES AND SUPPLIES
	3.1 List of drugs in accordance with the Essential Drugs List.
	3.2 Rabies vaccine and anti-rabies immunoglobulin are only available at certain centres – each clinic is aware of its nearest source.
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF
	4.1 Staff provide correct presumptive diagnosis and referral for post exposure treatment if possible and use the telephone hotline to obtain information if needed or to request vaccine.
	4.2 Treatment according to exposure and rabies risk of area starts the same day and does not wait for laboratory results.
	4.3 Treatment is free from district medical officers, hospitals and clinics.
	4.4 The clinic takes details about the animal (e.g. dog, jackal, and yellow mongoose), whether there is an outbreak of rabies, if the animal was immunised, if there was abnormal behaviour and what degree of exposure the patient had (bites, licking, etc).
	4.5 Management of the animal involved is by the local veterinary officer who is phoned to provide definitive diagnosis by transmission of the animal's head to the correct laboratory after first deciding if tying up and observation is not indicated.
	4.6 Immediate management if category 3 includes cleaning the wound with cetrimide or betadine, administering anti-tetanus vaccine, no suturing but antibiotic and referral if possible or telephoning for vaccine to be sent if patient cannot be referred.
	4.7 Vaccine is given on day 0, 3, 7, 14 and 28. The vaccine is kept in the refrigerator. If more convenient for the patient vaccine is sent to the clinic to administer - it is given intramuscularly into the deltoid in adults and into the thigh in children.
	4.8 Significant human exposure is notifiable.
	4.9 Cases of rabies and deaths are also notifiable.

4.10 Staff dealing with such a patient and exposed to bites, scratches or saliva are immunised.	
5	REFERRALS
5.1	All patients are referred to the next level of care when their needs fall beyond the scope of competence. A suspected case of rabies is managed in hospital.
5.2	Staff suspect and refer urgently by ambulance if there is a history of dog or animal bite with or without post-exposure management.
6	PATIENT EDUCATION
6.1	All patients are educated on all matters relating to rabies.
7	RECORDS
7.1	Patients' records kept up to date.
8	COMMUNITY BASED SERVICES
8.1	Immediate action in the community is carried out with the veterinary services, the nurse of the clinic and the environmental health officer, and aims at checking for other people in contact with the animal, arousing awareness of the condition, need for immunisation of dogs and urgency of seeking health service care if bitten by a dog.
9	COLLABORATION
9.1	Staff collaborate with the local veterinary services.

TUBERCULOSIS

DESCRIPTION OF SERVICE

Following national protocols, the clinic staff diagnose TB on clinical suspicion using sputum microscopy, provide IEC and active screening of families of patients with TB, promote voluntary HIV testing, treat, dispense and follow-up using DOT and complete the TB register.

NORMS

1	Achieve a minimum of 85% cure rate of new sputum positive TB cases.
2	Achieve a passive case finding rate per 100,000 population to be defined.
3	Achieve two days turn around times of sputum results in more than 90% of cases.
4	Every clinic has at least one staff member who has or has had opportunities for continuing education in TB management.
5	Receive a six monthly assessment of quality of care by a supervisor who also evaluates the degree of community involvement in planning and implementing care.

STANDARDS

1	REFERENCES, PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
1.1	The latest edition of the TB training manual for health workers.
1.2	The South African TB control programme practical guidelines.
1.3	TB register manual, latest edition.
1.4	Tackling TB at work - Guidelines from South Africa's national TB control programme.
1.5	A resource list of HIV/AIDS services.
1.6	DOTS and training material (e.g. Provincial or NGO). A hospital referral protocol.

	<ul style="list-style-type: none"> 1.7 Leaflets and pamphlets in local languages for distribution. 1.8 TB posters on the walls in local languages changed yearly. 1.9 Flow charts on TB diagnosis 1.10 The latest EDL manuals on TB management.
2	EQUIPMENT <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Screw top sputum containers
3	MEDICINES AND SUPPLIERS <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Uninterrupted supply of TB drugs recorded on bin cards. 3.2 Clinic knows how to get emergency supplies of TB drugs. 3.3 Combination and single TB tables as per protocols. 3.4 Sterile syringes and needles and water for injection.
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF Staff are able to <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Initiate and follow up treatment of patient using the latest recommended TB management regimen and protocol. 4.2 Suspect and identify TB by early symptoms such as chronic cough, loss of weight and tiredness. 4.3 Educate with the emphasis on correcting misinformation and seeking to prevent spread of the disease. 4.4 Start direct observed treatment (DOT) supported by volunteers chosen and accepted by the patient. 4.5 Enter all sputum results on TB register and forms.
5	REFERRAL <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Only patients sick enough to require hospital care are referred for hospitalisation and then sent with a completed TB register form and proposed discharge plan. 5.2 Patients referred to the clinics after discharge from hospital and with a discharge plan are followed up immediately to ensure the discharge plan is effectively implemented. 5.3 Before being transferred to another area the patient receives a completed transfer form and a sufficient supply of medication and when possible the facility to which he/she is transferred is notified by telephone. 5.4 If HIV positive the patient is given a confidential sealed letter with relevant data to give to the new facility. 5.5 Any severe complication of TB or adverse drug reaction is referred for admission. 5.6 Children with extensive TB or gross lymphadenopathy or not improving on treatment are referred. 5.7 Patient with need for additional health or social services are referred as appropriate. 5.8 All cases of MDR TB are referred to the Provincial MDR Committee/Unit.
6	PATIENT EDUCATION <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Patients, relatives and the community receive high quality information on TB. 6.2 Patients are given group education each month when their situation is reviewed. 6.3 Patients are educated about HIV/AIDS/STDs in addition to TB so that they can recognise predisposing conditions and so prevent them.
7	RECORDS <ul style="list-style-type: none"> 7.1 As TB is a notifiable disease the cases are correctly classified by location of disease, result of sputum smear and by the treatment regimen. 7.2 All registers, smear conversion rate forms and quarterly reports are kept up to date.
8	COMMUNITY AND HOME BASED ACTIVITY <ul style="list-style-type: none"> 8.1 The clinic has an agreement with resulting support from the community health committee about the use of DOT. 8.2 The quality of DOT management within the clinic and the community-based supporters are monitored and evaluated quarterly.

- 8.3 Active case finding is done on all chronic cough patients and TB contacts through home visits.
- 8.4 In exceptional cases some MDR cases are allowed by MDR Committee to receive guaranteed intensive care treatment by DOT at community level.

9 COLLABORATION

- 9.1 The clinic collaborates with social welfare for social assistance.
- 9.2 Staff collaborate with NGOs, schools and workplaces in the catchment area to enhance the promotion of TB prevention and care.

LEPROSY

SERVICE DESCRIPTION

The service provides multi drug treatment to rapidly cure patients, interrupt further transmission and make elimination of the disease a global possibility.

NORMS

1. Decrease the current prevalence of leprosy in order to move towards its eradication.
2. Each clinic has each year at least one staff member who has had some continuing training in Leprosy from a supervisor.

STANDARDS

1 REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS

- 1.1 The clinic has a copy of Leprosy Control in South Africa and a plasticised copy of Diagnosis of Leprosy, Skin Lesions in Leprosy, and Treatment of Leprosy.

2 EQUIPMENT

- 2.1

3 MEDICINES AND SUPPLIES

- 3.1 List of drugs in accordance with the Essential Drugs List including prepacked MDT in combi/bubble packs.

4 COMPETENCE OF HEALTH STAFF

- 4.1 A supervisor checks progress of each case every 3 months and arranges for hospital review if needed.
- 4.2 Staff are able to suspect leprosy by testing for sensation and enlarged nerves and to refer to the correct hospital for biopsy diagnosis and notification if positive for leprosy.
- 4.3 Close contacts are examined and referred.
- 4.4 Files of patients are kept in related designated hospitals, supplies of combination bubble packs for multi-drug treatment are provided and clinics supervise continuity of care.
- 4.5 Clinic staff care for ulcers, educate patients to prevent deformity and seek help from the Leprosy Mission for help with rehabilitation, footwear and protection devices.
- 4.6 Sensation and motor function are tested every 3 months.
- 4.7 Reactions are recognised and referred to hospital.
- 4.8 Staff attitudes, both towards patients and in the community, are friendly, caring and help reduce stigmatisation.

5 REFERRALS

- 5.1

6	PATIENT EDUCATION 6.1 All patients attending clinics for service receive health education, information and support.
7	RECORDS 7.1 All newly diagnosed cases are notified to the Provincial Health Department. 7.2 Patient's records are kept up to date. 7.3 All leprosy patients are on a register at the referral centre in each province.
8	COMMUNITY BASED SERVICES 8.1 Clinic staff once a year on International Leprosy Day (3rd Sunday in January) arrange health education about leprosy to reduce stigma and to arouse awareness of early symptoms and of the fact that leprosy can be cured in their communities.
9	COLLABORATION 9.1 For purposes of rehabilitation (and contact tracing in some areas) the Leprosy Mission is informed of all newly diagnosed cases by telephone or fax.

PREVENTION OF HEARING IMPAIRMENT DUE TO OTITIS MEDIA

SERVICE DESCRIPTION

Otitis media is an infection of middle ear which if not well treated leads to hearing impairment.

NORMS

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIAL 1.1 Health education material for public (posters and pamphlets). 1.2 Copy of the latest edition of the "Guidelines for the prevention of hearing impairment due to otitis media at clinic level". 1.3 Standard Treatment Guidelines on Treatment of Acute and Chronic Otitis Media at PHC
2	EQUIPMENT 2.1 Basic equipment: auroscope with spare batteries and bulbs.
3	MEDICATION AND SUPPLIES 3.1 According to EDL.
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 Staff have continuing education on acute respiratory infections (upper and lower) as part of integrated management of childhood illnesses 4.2 Staff are able to: 4.2.1 Elicit an adequate history from mother and child (e.g. irritable, difficulty sleeping, pulling on ear, runny nose, fever, discharge of pus, snoring, delayed language development, allergy to penicillin). 4.2.2 Use an auroscope and evaluate the eardrum; always palpate lymph nodes, examine throat and test for neck stiffness and mastoid for pain, oedema or tenderness. 4.2.3 Use two hearing tests such as the Voice test and the Swart Questionnaire for babies younger than 12 months. 4.2.4 Distinguish acute otitis media, otitis media with effusion and chronic otitis media and provide relevant management for each, according to protocol. 4.2.5 Use eardrops and dry mops a discharging ear and teach mother how to do it.

5 REFERRAL

- 5.1 Persistent or worsening signs of acute otitis media after 5 - 7 days of treatment.
- 5.2 Those who on first follow up still have pain or complications.
- 5.3 Those with effusion who have moderate or severe hearing loss, or where effusion has persisted for more than a month.
- 5.4 Patients with pain associated with an ear that has been discharging for more than 2 weeks.
- 5.5 If there is an inflammatory swelling or tenderness over mastoid.
- 5.6 If there is neck stiffness or vomiting or drowsiness.
- 5.7 Large central perforation with significant hearing loss.
- 5.8 Dry perforation or perforation due to trauma.
- 5.9 If there is pus discharge suspected to be due to a cholesteatoma.
- 5.10 Patients with speech, language and/or auditory perceptual problems.

6 PATIENT EDUCATION

- 6.1 Staff provide mother with instruction and follow up.
- 6.2 Opportunities are taken to inform community health committee and women groups that middle ear problems are very common and if not treated early can lead to hearing loss with effects on a child's development and language skills.

7 RECORDS

- 7.1 All information on cases is correctly recorded in the appropriate register.
- 7.2 Registers are kept up to date to ensure continuity of care and recall.

8 COMMUNITY BASED ACTIVITY

- 8.1 The clinic has sensitised the community and receives support from the community health committee.

9 COLLABORATION

- 9.1 The clinic staff collaborate with schools, crèches to identify children with ear infection.
- 9.2 Clinic staffs collaborates with the clinic health committee, the civic organisations and workplaces in the catchment area to enhance health promotion.

RHEUMATIC FEVER AND RHEUMATIC HEART DISEASE

SERVICE DESCRIPTION

Rheumatic fever can have serious cardiac complications and can be prevented by active treatment of throat infections and prophylactic penicillin of known cases.

NORMS

Young child curative care will be provided daily by clinics using an integrated approach to childhood illness.

STANDARDS

1 References prints and educational material.

- 1.1 National Guidelines on primary prevention and Prophylaxis of rheumatic fever and rheumatic Heart Disease
- 1.2 Current protocols on rheumatic fever and its primary and secondary prevention.
- 1.3 Suitable library of reference and journals on rheumatic fever.

2 EQUIPMENT

- 2.1

3 MEDICINES AND SUPPLIES

- 3.1 As per EDL

4	Competence of health staff
4.1	Staff are able to
4.1.1	Suspect streptococcal infection of the throat following a complaint of acute sore throat with the finding of pharyngeal exudate and tender cervical glands.
4.1.2	Suspect and refer acute rheumatic fever by recognition of polyarthritis, heart murmur, arthralgia, fever, erythema marginatum, chorea, subcutaneous nodule, history of sore throat in last month or previous rheumatic heart disease.
4.1.3	Recognise and refer possible rheumatic disease by murmurs and previous history.
4.1.4	After definitive diagnosis in hospital and notification ensure patient receives prophylactic treatment.
5	REFERRAL
5.1	
6	PATIENT EDUCATION
6.1	Patient and their families receive education on the disease, its effect on the heart and the need for continued prophylaxis.
7	RECORDS
7.1	Acute Rheumatic Fever is a notifiable disease
7.2	Records are kept according to protocol.
7.3	Register of patients who receive monthly (or 3 weekly) penicillin is accurate and up to date.
7.4	Register and record of patients on regular prophylaxis after a first attack kept for at least five years.
8	COMMUNITY AND HOME BASED ACTIVITY
8.1	Health education and information with other childhood diseases campaigns
9	COLLABORATION
9.1	The clinic collaborate with other health workers e.g. school health nurses and community groups.

TRAUMA AND EMERGENCY

SERVICE DESCRIPTION

Clinics provide emergency and resuscitation service, treatment and referral of patients that have experienced trauma and/or injury and have arrangements to deal with disaster situations.

NORMS

1.	All clinics provide trauma and emergency services.
2.	Reduce intentional and unintentional injuries among adolescents, including teenage suicide. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
3.	Increase the proportion of emergency health staff who has basic ambulance assistance qualifications, and who are able to provide emergency care to victims of poisoning, injuries and maternal emergencies. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)

STANDARDS

1	REFERENCES, PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
1.1	Wits University PHC Training Manual for Trauma.

- 1.2 Primary Health Care Manual of the Essential Drugs Programme.
- 1.3 The South African Medicines Formulary.
- 1.4 Any local protocols as decided by the medical directorate of clinic services.

2 EQUIPMENT:

- 2.1 There is an "Emergency Box", containing those items which are needed in an emergency, and a system in place for replenishing it when it has been used.
- 2.2 The following equipment is kept available:
 - 2.2.1 Clean, preferably sterile, instruments for suturing, with adequate replacements or a sterilising system.
 - 2.2.2 Suture materials
 - 2.2.3 Equipment and IV solutions according to the Essential Drug List.
 - 2.2.4 Stretchers, with or without wheeled trolley.
 - 2.2.5 Crutches.
 - 2.2.6 Wheeled chair.
 - 2.2.7 Body bags / shrouds for dead bodies.

NOTE: Even where skills are not routinely available it is still worth having emergency equipment that can be used by visiting staff.

3 MEDICINES & SUPPLIES:

- 3.1 The following drugs should be kept, as part of an "emergency box" according to EDL

4 COMPETENCE OF HEALTH STAFF

- 4.1 A clinic has staff capable of dealing with any anticipated trauma in a safe and effective way and to stabilize and refer patients as appropriate.
- 4.2 Staff have skills to identify the nature of injury, and decide on the management needed and its urgency.
- 4.3 Assess the significance of possible poisoning and institute appropriate counter-measures
- 4.4 Understand the psychological implications of attempted suicide and ability to render effective immediate care.

5 REFERRAL

- 5.1 Staff have a clear understanding of:
 - 5.1.1 Indications for transfer and degrees of urgency, as outlined in local policy.
 - 5.1.2 The mechanism of transfer and the immediate referral channel.
 - 5.1.3 The management of seriously ill patient during transfer.
 - 5.1.4 The management of less severe injuries without transfer.
- 5.2 A reliable means of communication and transport is available when required.

6 PATIENT EDUCATION

- 6.1 A mechanism is in place at District level to identify the significant causes of trauma locally.
- 6.2 Staff identify possible interventions that might be made, involving the community in discussion of implementation and education both in schools and communities.
- 6.3 The consultation in the clinic is used as an opportunity for talking about prevention and first aid of burns.

7 RECORDS

- 7.1 A reliable patient-held record system is available.
- 7.2 Data is routinely recorded and used to anticipate and prepare for disasters

8 COMMUNITY & HOME BASED ACTIVITY.

- 8.1

9 COLLABORATION

- 9.1 The clinic staff collaborate with the Police & Social Welfare Departments.
- 9.2 The clinic have clear guidelines on referral and support from the District Hospital and Ambulance Service.

ORAL HEALTH

SERVICE DESCRIPTION

The Basic Primary Oral Health Care Services at clinic level should as a minimum consist of promotive and preventive oral health services (oral health education, tooth-brushing programmes, fluoride mouth rinsing programmes, fissure sealant applications, topical fluoride application); and basic treatment services (an oral examination, bitewing radiographs, scaling and polishing of teeth and simple fillings of 1-3 tooth surfaces including atraumatic restorative treatment (ART)) and emergency relief of pain and sepsis (including dental extractions).

NORMS

1. Expose at least 50% of primary schools to organised school preventive programmes.
2. Everybody in the catchment area is covered by basic treatment services.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS <ol style="list-style-type: none"> 1.1 National Oral Health Policy 1.2 National Norms, Standards and Practise Guidelines for Primary Health Care 1.3 Provincial Operational Health Policy 1.4 Oral health educational material (posters, pamphlets etc).
2	EQUIPMENT. <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Dental unit complete with chair, light, hand piece unit with hand pieces, suction and compressor 2.2 Aseptic trolley 2.3 Dental Autoclave 2.4 Amalgamator 2.5 Dental X-ray unit 2.6 Intraoral X-ray film processor 2.7 X-ray view box 2.8 Lead apron 2.9 Ultrasonic scaler 2.10 Dental operating stool (2) 2.11 Dental hand instruments (refer 1.2 above) Portable dental equipment where fixed facilities are not available.
3	MEDICINES AND SUPPLIES For details of material required, refer to 1.2 above <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Medicine according to the EDL 3.2 Local anaesthetic materials 3.3 Exodontia and oral surgery procedure materials 3.4 Prophylaxis materials 3.5 Conservative procedure materials
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Community health workers offer oral health education to patients. 4.2 The dental assistant is competent to do patient administration, surgery cleanliness and infection control as well as chair-side assisting. 4.3 The oral hygienist is competent to conduct oral examination, apply fissure sealants, topical fluorides, scaling and polishing and taking of intra-oral x-rays.

4.4	The dental therapist is able to carry out oral hygienist competencies as well as tooth extractions and simple 1 to 3 surface filling of teeth.
5	REFERRALS
5.1	All patients whose needs fall beyond the scope of services provided at the clinic are referred to the next level of care.
6	PATIENT EDUCATION
6.1	All patients receive oral health education.
7	RECORDS
7.1	Patients records.
7.2	Patient register.
7.3	Statistics.
8	COMMUNITY BASED SERVICES
8.1	School oral health programmes consist of oral health education, tooth brushing and fluoride mouth rinsing and ART.
9	COLLABORATION
9.1	Collaboration with other departments: Education, Water Affairs, and Forestry and other sections within health such as Child Health, Health Promotion, Environmental Health, Nutrition, Communication etc..

MENTAL HEALTH

SERVICE DESCRIPTION

Mental health services form part of integrated comprehensive Primary Health Care. The service seeks to improve mental health and social wellbeing of individuals and communities. Promotion of community mental health is included in clinic and community based IEC. Preventive measures for mental disability are included in all services such as antenatal, infant, child, reproductive health and curative care.

NORMS

1.	All clinics have regular visits (for patient care, training, supervision and support) from dedicated mental health or psychiatric nurses from health centers, hospitals or mobile teams based in the district.
2.	All clinics have access (by referral or by periodic clinic visits) to specialist mental health expertise (psychiatrists, psychologists, occupational therapists) and social workers from district or regional level at least once a month.
3.	In every clinic there is a member of staff who has had continuing education in psychiatry or mental health (including community aspects) in the last year.
4.	In every clinic there is at least one person trained in counselling and the management of victims of violence and rape.

STANDARDS

1	REFERENCES, PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
1.1	Mental health policy document for provinces.

1.2	List of visiting psychiatric staff at nearest health centre, district hospital, psychiatric specialist hospital or outreach service.
1.3	Mental health assessment guidelines.
1.4	Psycho-social rehabilitation checklist for community work.
1.5	Checklist for daily living skills for rehabilitated patients.
1.6	Admission procedures under current Mental Health Act.
1.7	Emergency medication protocol.
1.8	Essential drug list for Primary Health Care.
1.9	24 Hour ability to telephone or use radio to psychiatric unit of district hospital or nearest Mental Hospital.
1.10	Posters and pamphlets on mental health, severe psychiatric conditions, available services and user rights.
2	EQUIPMENT
2.1	
3	MEDICINES AND SUPPLIES
3.1	Emergency and routine medication provided according to protocol and EDL.
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF
	Recognising mental illness
4.1	Clinic staff consider risk factors for mental health within their catchment area: poverty, social power, unemployment, ill health, homelessness, migrancy, immigrants, isolated persons, HIV positives etc.
4.2	Staff identify and provide appropriate interventions for patients with depression, anxiety, stress related problems, male violence, substance abuse and special needs of women (child bearing, abortion, sterilisation, disability, malignancy etc.)
4.3	Clinic staff recognise the expression and signs of emotional distress and mental illness early (especially in young patients or in relapse of a psychiatric condition).
4.4	Clinic staff participate in the promotion of healthy life style in clinic attendees and the community.
	Organising services
4.5	Staff organise the clinic to have quarter periods of the day set aside for booked inter views.
4.6	Staff provide prompt help from or at the clinic if a patient's condition in the community deteriorates.
4.7	Staff ensure time is allocated for home visits to patients who have returned from mental hospital.
4.8	Staff ensure there is no segregation or stigmatisation at the clinic of patients who have to use other services e.g. family planning, antenatal care, etc.
4.9	Staff arrange access to a consistent member of staff for each consultation.
	Managing care
4.10	Specially trained staff are able to
4.10.1	Maintain relationships with patients that are just, caring, and based on the principles of human rights.
4.10.2	Perform an adequate medical examination which:
4.10.2.1	Identifies the general mental state e.g. psychotic or depressed.
4.10.2.2	Identifies the severity and level of crisis.
4.10.2.3	Rules out systematic illness.
4.10.2.4	Records temperature and blood glucose level.
4.10.3	Take a history that includes previous service use such as admission to hospital.
4.10.4	Take a family history and evaluate support.
4.10.5	Develop a sustained therapeutic relationship with patients and their families.
4.10.6	Know and implement standard treatment guidelines especially the section on delirium with acute confusion and aggression, acute psychosis and depression.
4.11	General nurses are able to:
4.11.1	Detect and provide services for severe psychiatric conditions as a component of

- comprehensive Primary Health Care.
- 4.11.2 Make appropriate and informed referrals to other levels of care.
 - 4.11.3 Provide basic psychiatric care and assess urgency and severity of symptoms.
 - 4.11.4 Provide individual community maintenance and care for stable long-term patients who have severe psychiatric conditions and have been discharged from hospital.
 - 4.11.5 Provide each stable long-term user with individualised comprehensive care which includes:
 - 4.11.5.1 An ongoing assessment of mental state, functional ability and social circumstances.
 - 4.11.5.2 Familiarity with the internationally recognised diagnostic system.
 - 4.11.5.3 An ability to detect and monitor distress and relapse.
 - 4.11.5.4 An ability to provide basic counselling and support to patient and family.
 - 4.11.5.5 A basic knowledge, criteria and pathways for referral for disability grants.
 - 4.11.5.6 Knowing community referral and support organisations.
 - 4.11.5.7 The follow-up of all cases returned to community after hospitalisation and keeping a register.
 - 4.11.5.8 An ability to use records to facilitate continuity of care, such that:-
 - 4.11.6 The condition of patients in the community is monitored and poor compliance, functional deterioration, substance abuse and family conflict community ridicule are identified.
 - 4.11.7 The onset of mental deterioration in HIV positive patients is recognised.
 - 4.11.8 The prescription of sedation for aggressive or violent patients only as appropriate when other measures fail.
 - 4.11.9 Coping with disturbed, intoxicated, aggressive suicidal behaviour without resorting to violence, abuse of undue physical restraint.
 - 4.12 Clinic staff provide patient and caregiver satisfaction with assistance in alleviating family burden, achieving social integration, improving quality of life and general functioning while improving symptoms.
 - 4.13 Clinic staff conduct consultations in privacy and in a confidential way and informed consent is obtained for communication to others.

5 REFERRAL

- 5.1 Referral pathways to other levels or types of care are known and expedited.

6 PATIENT EDUCATION

- 6.1 Patients, relatives and the community receive high quality information on mental health and mental illness.
- 6.2 Patients and their supporters are given individualised education when their situation is reviewed.
- 6.3 Patients and their supporters are educated on how to recognise predisposing factors and conditions to prevent relapse.
- 6.4 Clinic staff use education in the family and community to address ignorance, fear, and prejudice regarding patients with severe psychiatric conditions attending the clinic.

7 RECORDS

- 7.1 Records are kept according to protocol with emphasis on confidentiality and accuracy.
- 7.2 A register of psychiatric patients in the community is maintained.
- 7.3 Staff record mental health indicators on:-
 - 7.3.1 The number and mix of cases
 - 7.3.2 The frequency of contact
- 7.4 Staff analyse indicators and develop appropriate action.

8 COMMUNITY AND HOME BASED ACTIVITY

- 8.1 Staff participate in community awareness programmes for mental health according to the national and international calendar.

8.2	Staff participate in the training of family and carers of patients to plan an active role in their rehabilitation.
8.3	Staff encourage patient and caregiver support groups in community.
8.4	Staff keep the addresses and phone numbers of people assisting with mental health and social problems (e.g. women's shelters, community self-help groups).
9	COLLABORATION
9.1	Staff respect and where appropriate seek collaborative association with local traditional healers.
9.2	Staff collaborate with all community services e.g. crisis counselling (lifeline, priests with counselling skills) and mental health groups especially those for youth.
9.3	Staff collaborate with the hospital for planning discharges to the community.

VICTIMS OF SEXUAL ABUSE, DOMESTIC VIOLENCE AND GENDER VIOLENCE

SERVICE DESCRIPTION

The service, requires co-operation between the health sector, the police and the Department of Justice, provides counselling and referral of victims, STD prophylaxis and HIV testing, emergency contraception, care of injuries, medico-legal advice and documentation of evidence.

NORMS

1.	Every clinic has established working relationships with the nearest police officer and social welfare officer by having visits from them at least twice a year.
2.	A member of staff of every clinic has received training in the identification and management of sexual, domestic and gender related violence. The training includes gender sensitivity and counselling.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS
1.1	All relevant guidelines / protocols related to women health issues.
1.2	A suitable library of references and journals on sexual offences, domestic and gender violence.
1.3	The clinic has a list of names, addresses and telephone numbers of the nearest accredited health care practitioners, police and social workers who would be involved in dealing with these cases.
1.4	The clinic has a list of names and addresses of NGOs or other organisations (e.g. CBO) which undertake appropriate counselling (e.g. FAMSA, ATIC) for violence, child abuse and sexual offences.
2	EQUIPMENT
2.1	There is a room available at short notice for private, confidential consultations.
3	MEDICINES AND SUPPLIES
3.1	Emergency contraceptive pills.
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF
4.1	The clinic staff fast track in a confidential manner any rape victim to a private room for appropriate counseling and examination.

	<p>4.2 The staff always include a question on gender violence in the history taking from women with depression, headaches, stomach pains or a known abusive partner.</p> <p>4.3 The staff include diplomatic probing of the domestic situation in taking histories of children with failure to thrive, recurrent episodes of trauma or behavioural problems.</p> <p>4.4 All cases of sexually transmitted disease in children are managed as cases of sexual offence or abuse.</p> <p>4.5 When a person presenting at a clinic alleges to have been raped or sexually assaulted the allegation is assumed to be true and the victim is made to feel confident they are believed and are treated correctly and with dignity.</p> <p>4.6 A detailed medical history is recorded on the patient record card and a brief verbal history of the alleged incident is taken and noted - with an indication that these are not a full account. These notes are kept for 3 years.</p> <p>4.7 Staff explain that referral is necessary to an accredited health practitioner and arrangements are made expeditiously and while awaiting referral emergency medical treatment is given with the consent of the victim: prophylactic treatment against STD and post-coital contraception.</p> <p>4.8 The victim is given information on the follow-up service and the possibilities of HIV infection and what to discuss with the accredited health practitioner at the hospital or health centre.</p> <p>4.9 The staff even though non-accredited are not prohibited from dealing with rape victims but must keep patient records.</p> <p>4.10 Victims are not allowed to wash before being seen by an accredited health practitioner.</p> <p>4.11 Women who have been raped or abused are attended to by a female health worker and if this is not possible (e.g. a male district surgeon comes to the clinic) then another women is present during the examination.</p> <p>4.12 The victim is given brief information about the legal process and the right to lay a charge.</p> <p>4.13 If the victim now indicates a desire to lay charges the police are called to the clinic.</p> <p>4.14 Clinic staff inquire if charges will or have been laid with the SA Police Service.</p> <p>4.15</p>
5	<p>REFERRALS</p> <p>5.1 All patients are referred to the next level of care when their needs fall beyond the scope of competence of clinic staff.</p>
6	<p>PATIENT EDUCATION</p> <p>6.1 All patients, community, and children attending clinic are educated and informed on abuse.</p>
7	<p>RECORDS</p> <p>7.1 Patients records are kept according to protocol with emphasis on confidentiality and accuracy.</p> <p>7.2 The clinic keeps a confidential record of all claims of sexual offences, wife battering and child abuse (sexual, physical, emotional and nutritional).</p>
8	<p>COMMUNITY BASED SERVICES</p> <p>8.1 Clinic staff establish links with relevant organisations already operating and providing services for victims of abuse.</p> <p>8.2 Staff encourage community participation on health promotion to curb domestic and gender violence.</p>
9	<p>COLLABORATION</p> <p>9.1 Staff collaborate with other departments like the police, relevant NGOs and CBOs to reduce the violence and give reassurance and support.</p>

SUBSTANCE ABUSE

SERVICE DESCRIPTION

By preventing and managing substance abuse in the clinic, the service aims to reduce substance abuse among adolescents and also to reduce alcohol related motor vehicle morbidity and mortality. Prevention and management of substance abuse also has relevance for tuberculosis, STDs and HIV/AIDS, mental illness, family violence and educational attainment.

NORMS

1.	Reduce school attendees admitting to drink alcohol and smoke tobacco.
2.	Reduce the use of illegal substances including cocaine, mandrax, heroin and marijuana.
3.	Reduce the consumption of alcohol and other drugs among women and especially pregnant women.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS 1.1 The latest Report of Mental Health and Substance Abuse. 1.2 Health learning materials on alcohol, cannabis, mandrax and other drugs in local languages.
2	EQUIPMENT 2.1
3	MEDICINES AND SUPPLIES 3.1
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 Clinics have regular visits by mental health trained staff where training includes care of substance abusing patients. 4.2 Patients are able to request visits by social workers. 4.3 In problem (urban) areas staff attend workshops on relevant substance abuse. 4.4 Patients needing detoxification for substance abuse withdrawal symptoms have entry to clinic care via NGOs, teachers, employers, traditional healers, police and are referred rapidly to general hospitals with detoxification facilities and have a social worker to arrange follow up and social reintegration on discharge. 4.5 Patients referred to clinics by NGO, teachers, employers, traditional healers and police (not requiring detoxification) are given appointments with periodically visiting specially trained mental health nurses. 4.6 Clinic staff have rapport with their communities and are culturally accessible to substance-abusing patients to discuss their problems or have their families discuss their problem with them. 4.7 Patients with TB, STD/HIV, mental disorders and families with violence are sufficiently at ease with staff to be able to bring out any problem of alcohol or drug abuse. 4.8 In the clinic catchment area or district of the clinic, staff are able to work when required with correctional services, educators, labour, welfare and NGOs (e.g. Alcohol Anonymous). 4.9 Staff can identify tobacco, alcohol and marijuana abuse and provide basic counselling for behaviour changes and referral to NGOs specialising in substance abuse. 4.10 Staff are aware of the age groups at risk and the predominant social settings in the community for substance abuse: e.g. male youth of 10 - 15 age, limited social integration in the family, shebeens and people who have been in prison. 4.11 The clinic arranges meetings between SANCA and parents and teachers to initiate a drug prevention, education and early identification programme.

	<p>4.12 Staff participate in life skills programmes in schools and discuss substance abuse.</p> <p>4.13 Staff mount community awareness programme with youth, NGOs and CBOs.</p> <p>4.14 The clinic is maintained as a smoke free zone.</p> <p>4.15 Staff are able to recognise the problem of foetal alcohol syndrome and include education on this with antenatal groups.</p> <p>4.16 Staff identify patients needing referral, do this with patient compliance, accept patients back for follow up and assist with family reintegration.</p> <p>4.17 Staff identify school children with behaviour problems and discuss with parents and teachers the possibility of drug involvement.</p>
5	<p>REFERRALS</p> <p>5.1 All patients are referred to the next level of care when their needs fall beyond the scope of competence of clinic staff.</p>
6	<p>PATIENT EDUCATION</p> <p>6.1 All patients attending clinics for service receive health education.</p>
7	<p>RECORDS</p> <p>7.1 Patients records kept up to date.</p>
8	<p>COMMUNITY BASED SERVICES</p> <p>8.1 Community encouraged to initiate community based services.</p> <p>8.2 In client and community discussion staff advise on harm reduction strategies (cigarette smoking, alcohol, glue sniffing) and collaborate with traditional healers who assist substance-abusing clients.</p>
9	<p>COLLABORATION</p> <p>9.1 Staff collaborate with other sectors like education, correctional services, labour, welfare as well as other relevant NGOs and CBOs to improve mental health.</p> <p>9.2 Staff collaborate with traditional healers for involvement in improving mental care at community level.</p>

CHRONIC DISEASES AND GERIATRICS

SERVICE DESCRIPTION

Chronic diseases may be inherited, but many lifestyle and environmental factors such as smoking, inappropriate diet, sedentary lifestyle and heavy alcohol consumption are known to increase risks. These are to some extent within the control of a well-informed individual but there are often other factors such as poverty, under-nutrition in utero and in infancy, genetic predisposition, over which the individual has little control.

Besides early diagnosis, management and harm reduction there are opportunities at every stage for prevention and for promoting healthy behaviour.

Priority chronic diseases are hypertension, diabetes type 2, asthma, epilepsy, stroke, renal disease and obstructive lung disease.

NORMS

1	Increase by 50% the proportion of clinics providing comprehensive services for persons with chronic diseases.
2	Assess patient satisfaction and quality of care 6 monthly by a supervisor who also evaluates the degree of community involvement in care planning.
3	Reduce the number of people with BMI greater than 30.

- 4 Minimise patient travel by prescribing supplies of drugs to last 1-3 months.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS 1.1 Copy of National Guideline on Primary Prevention of Chronic Diseases of Lifestyle. 1.2 Management protocols on Type II diabetes at primary health care level. 1.3 Health promotion and educational materials relating to chronic diseases of lifestyle, ageing and cancer in local languages.
2	EQUIPMENT and SPECIAL FACILITIES 2.1 Working sphygmomanometer with range of cuffs, and stethoscope. 2.2 Urine test strips for glucose, protein and ketones. 2.3 Blood glucose testing equipment. 2.4 Snellen Chart. 2.5 Clinics have easy access for the aged, those in wheelchairs and those with arthritis.
3	MEDICINES AND SUPPLIES 3.1 Arrangements are made by the clinic to minimise patient travel by prescribing supplies of drugs to last 1-3 months.
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 Every clinic has a staff member who has skills to prevent, diagnose and manage chronic conditions including geriatrics, nutrition, genetics, mental health and reproductive health. 4.2 Patients are able to see the same nurse for repeat visits and a system of recall on cards or calendars is used to ensure continuity of care. 4.3 Staff are able to provide counselling and motivation on disease acceptance, continuity of care and compliance. 4.4 Staff are able to establish in patients a feeling of always being welcome even though they keep coming frequently over the years. 4.5 All staff show respect and concern for the elderly and the disabled. 4.6 Staff have the skills and attitude to protect and promote the rights of patients with regard to a full knowledge of health status, participation in decisions, access to own health records and becoming a partner in own health care. 4.7 Staff know that the prevalence of diabetics in South Africa is high (10% in Indian community and 5 - 6% in black community) and are able, using epidemiological skills, to estimate how many cases there are in the clinic catchment areas and are alert to identify them early. 4.8 Staff are receptive to periodic visits from doctors or district surgeons/medical officers and use the visits to review chronic disease patients.
5	REFERRALS 5.1 All patients are referred to the next level of care when their diagnosis and needs fall beyond the scope of competence as recommended by the protocols. 5.2 Staff know where to phone the nearest hospital/doctor for advice. 5.3 Detailed information is kept on the frequency of follow-up visits 1 -3 monthly and yearly for detailed examination by doctor. 5.4 Patients suspected of having diabetes are referred to hospital for diagnosis.
6	PATIENT EDUCATION 6.1 After diagnosis patients and caretakers are supported and their capacity developed regarding self care, self-monitoring, compliance, prevention of complications and management of the disease. 6.2 Education activities are sensitive to the cultural and economic realities of the patient and home.
7	RECORDS

- 7.1 Patient register of chronic conditions and treatment record.
- 7.2 Patient carried cards.
- 7.3 Home-based care records.

8 COMMUNITY BASED SERVICES

- 8.1 Staff work with any district NGO and CBO dealing with chronic conditions.
- 8.2 After analysis of the chronic disease register attempts are made to provide education in the community on modifiable risk factors, healthy food plans, less salt (iodised), weight control, sport and exercise, substance abuse especially alcohol, smoke (tobacco, smoke in houses), UV protection for albinos, early recognition of symptoms and periodic check-ups.
- 8.3 Educational activities are culturally and linguistically appropriate.

9 COLLABORATION

- 9.1 Staff collaborate with other departments and sectors whose activities have a bearing on chronic diseases.
- 9.2 Staff facilitate the initiation of clubs and special groups for people with chronic diseases.
- 9.3 Clinic staff approach the catchment area population through community health committees, NGOs, CBOs, youth groups and the church to reduce common risk factors operating in the community.

DIABETES

SERVICE DESCRIPTION

Norms and standards on materials, equipment, supplies and general competencies are dealt with in the chapter on chronic diseases. This chapter deals specifically with competence and referral standards for diabetes.



NORMS

STANDARDS

1 REFERENCE PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIAL

- 1.1 See chronic diseases

2 EQUIPMENT

- 2.1 Sphygmomanometer with different size cuffs
- 2.2

3 MEDICINE AND SUPPLIES

- 3.1 As per EDL list

4 COMPETENCE OF HEALTH STAFF

- 4.1 Staff know that prevalence of diabetics in South Africa is high (10% in Indian community and 5 - 6% in the black community) and estimate how many cases there are in clinic catchment areas and are alert to identify them early.
- 4.2 The interrelationship between abdominal obesity, hypertension and cardiovascular disease and initial presentation with complications of diabetics are known. Hypertension patients are investigated for diabetes.
- 4.3 All pregnant women have urine examined for glycosuria.
- 4.4 Patients suspected of having diabetes (history and risk factors, clinic blood and urine testing indicating diabetes) are referred to hospital for diagnosis.
- 4.5 Nurse knows where to phone the nearest hospital/doctor for advice.

<p>4.6 Staff counsel on disease acceptance, continuity of care and compliance.</p> <p>4.7 On return from diagnosis the patient is further educated in an inter-active problem solving way on:</p> <p>4.8 Prevention detection and management of complications</p> <p>4.9 Principles of nutrition, physical activity, hygiene and weight control</p> <p>4.10 Self-monitoring with urine glucose strips or preferably blood glucose strips and maintaining urine glucose free.</p> <p>4.11 Maintaining a body mass of (kg/m) for men 20 - 27 and women 19 - 26.</p> <p>4.12 The drugs used.</p> <p>4.13 The symptoms and treatment for hypoglycaemia.</p> <p>4.14 Contraception and pregestational counselling.</p> <p>4.15 Not smoking.</p> <p>4.16 Six monthly or annual referral for assessment of progress, depending on the control of diabetes mellitus and complications.</p>
<p>5 INDICATORS FOR REFERRAL</p> <p>5.1 Urgent referral to the nearest hospital:</p> <p>5.1.1 If nausea and vomiting, dehydration and hypotension, ketonuria (>2+) significant hyperglycaemia with symptoms, stupor, confusion, coma, deterioration in vision, gangrene, severe infections (TB, pneumonia)</p> <p>5.2 As soon as possible:</p> <p>5.2.1 Pregnancy</p> <p>5.2.2 Newly diagnosed cases</p> <p>5.2.3 Recurring hypoglycaemic symptoms</p> <p>5.2.4 Foot problems</p> <p>5.2.5 Recurring hyperglycemia/glycosemia</p> <p>5.2.6 Persistent infections.</p>
<p>6 PATIENT EDUCATION</p> <p>6.1 all hypertensive or obese patients or those with a family history of hypertension are given non-pharmacological advice</p>
<p>7 RECORDS</p> <p>7.1 See chronic diseases</p>
<p>8 COMMUNITY BASED SERVICES</p> <p>8.1 See chronic diseases</p>
<p>9 RECORDS</p> <p>9.1 See chronic diseases</p>

HYPERTENSION

SERVICE DESCRIPTION

The service aims at increasing detection, treatment and control of hypertension and preventing target organ damage, cardiovascular disease and strokes and adverse interaction with diabetes.

NORMS

1. Reduce the incidence of strokes and congestive cardiac failure and renal failure.
2. Reduce the prevalence of overweight and obese clients.
3. The majority of patients are compliant and on continuous treatment.

STANDARDS

1	REFERENCE PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIAL 1.1 Patients health learning materials available on hypertension diet, exercise and weight reduction.
2	EQUIPMENT 2.1 Sphygmomanometer with different size cuffs 2.2 Urine test strips (blood, protein and glucose)
3	MEDICINE AND SUPPLIES 3.1
4	COMPETENCE OF HEALTH STAFF 4.1 All adults entering clinic have blood pressure measured routinely every five years. 4.2 All patients with high normal values (135-139/85-89mm Hg) or previous high reading have blood pressure measured yearly. 4.3 At least two measurements of blood pressure are made at each of several visits to determine blood pressure. 4.4 Staff measure blood pressure seated but standing if patient elderly or diabetic. 4.5 Referral is made to a doctor for the start of treatment for all people with sustained systolic blood pressure ≥ 160 mm Hg or sustained diastolic blood pressure > 100 mm Hg. 4.6 Patients with a systolic pressure between 140-159mm Hg or sustained diastolic pressure between 90-99 are referred if they are obese, diabetic or have a strong family history. 4.7 The stepwise treatment outlined in the Standard Guidelines and Essential Drug list is followed. 4.8 Target blood pressure during anti-hypertensive treatment is less than 140 systolic and less than 85mm diastolic and is maintained with minimal side effects. 4.9 Combinations of drugs are prescribed by the hospital or visiting doctors. 4.10 Staff identify hypertensive emergencies (neurological signs, pulmonary oedema) and treat with oral nifedipine 5mg and refer. 4.11 Staff check compliance and ensure continuity.
5	REFERRAL 5.1 Patients on treatment are referred if there is no therapeutic response. 5.2 All pregnant women are referred. 5.3 All children with hypertension are referred. 5.4 All hypertensive emergencies are referred.
6	PATIENT EDUCATION 6.1 All hypertensive or obese patients or those with a family history of hypertension are given non-pharmacological advice: 6.1.1 Weight reduction via reduced fat and total caloric intake, regular brisk physical exercise and limited alcohol consumption. 6.1.2 Reduced intake of salt. 6.1.3 Increased consumption of fruit and vegetables. 6.1.4 Stopping smoking.
7	RECORDS 7.1 Blood pressure and weight recorded regularly. 7.2 A chronic disease register maintained showing patient's dates and monitoring monthly returns.
8	COMMUNITY AND HOME-BASED ACTIVITY 8.1 Community-based education programmes are initiated in all areas with high levels of obesity. 8.2 Community-based life-style improvement programmes are carried out with youth groups.
9	COLLABORATION 9.1 Staff collaborate with NGO or CBO dealing with obesity, diabetes and heart disease.

REHABILITATION SERVICES

BASIC CONSIDERATIONS

Rehabilitation services are an integral part of the services provided at the primary level. This constitutes a reorientation of rehabilitation from mainly institution-based services to community oriented and community based services. Communities and particularly people with disabilities should be involved in designing, implementing and monitoring services for people with disabilities. This precludes a disability service from being seen narrowly as a therapy service provided only by a certain category of staff. All health personnel in co-operation with all other sectors and the communities/people themselves are responsible for making society inclusive of all people including people with disabilities.

The clinic is the first point where people with disabilities, their family members or caregivers meet health staff. Clinics need to become creative in their approach to the problems experienced by these patients.

SERVICE DESCRIPTION

The purpose of rehabilitation at clinic level is to provide a service to prevent disabling conditions, to detect disabilities early so to prevent complications and the worsening of the effects of a disability on a person's functional ability, to treat disabling and potentially disabling conditions and to provide access to rehabilitative services for people with disabilities, making them appropriate and acceptable.

The pivotal person at the clinic, through whom people with disabilities will access the rehabilitation service, is the PHC Nurse. The Therapy Assistant (Community) is the person providing the rehabilitation service at this level, in consultation with the visiting Therapist. The visiting generalist doctor is important in providing access to treatment of potentially disabling conditions, which would otherwise be difficult for people to access on a regular affordable basis.

Specific rehabilitative services include a basic assessment of people with disabilities e.g. stroke, spinal injury, cerebral palsy, developmental delay, blindness, communication problems, arthritis, amputations, back-ache, followed by an appropriate treatment programme, in consultation with the disabled person and his family. Consumable assistive devices e.g. continence devices, rubber ferrules and other aids to daily living are prescribed, provided and people trained in their use. Management of continence problems of patients with spinal cord injury, spina bifida, mental retardation, traumatic conditions and the elderly includes the supply of continence devices and devising continence programmes.

Patients are assessed for disability and care dependency grant applications.

NORMS

1.	Improve access to comprehensive health services for the disabled. (National: Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
2.	Have a responsive and area-specific disability information system in place, which will feed into the general information system of the district and clinic.
3.	Institute a functional referral system between the community-clinic-district hospital, as well as other relevant sectors.
4.	Institute a system of obtaining, repairing and maintaining essential assistive devices for rehabilitation at clinic level.

STANDARDS

1	REFERENCES, PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIALS:
1.1	A register of all local, regional, provincial and national resources for referral for rehabilitation, education and training.

	<p>1.2 OT reference pack.</p> <p>1.3 "Disabled village children" by David Werner, as reference book</p>
2	<p>EQUIPMENT</p> <p>2.1</p>
3	<p>MEDICINES & SUPPLIES:</p> <p>3.1 Consumables such as axillary rubbers, rubber ferrules and cane tips.</p> <p>3.2 Ready-made packs on order per specified patient:</p>
4	<p>COMPETENCE OF HEALTH STAFF</p> <p>Clinic Staff are able to:</p> <p>4.1 Use of standardised questionnaire for the detection of hearing loss.</p> <p>4.2 Identify and refer patients requiring rehabilitation.</p> <p>The Therapy Assistant is able to:</p> <p>4.3 Teach prevention of pressure sores and pressure sore care.</p> <p>4.4 Identify and implement techniques in a walking re-education programme.</p> <p>4.5 Construct simple aids for daily living from locally available materials and teach the patient how to make and use them.</p> <p>4.6 Teach mobility and daily living skills to a blind person.</p> <p>4.7 Identify articulation, language and fluency disorders.</p> <p>4.8 Plan, implement and monitor language stimulation programmes.</p> <p>4.9 Use augmentative and alternative communication methods with appropriate patients, construction of simple communication boards, and teach the family how to use them.</p> <p>4.10 Plan, implement and monitor basic programmes for the rehabilitation of people with neurogenic disorders of communication.</p> <p>4.11 Counsel the family and teachers of a person with hearing impairment on simple measures to improve communication.</p> <p>4.12 Have knowledge of available resources for rehabilitation.</p> <p>4.13 Construct and instruct in the making of corner chairs with table, standing frames and walkers out of Appropriate Paper Technology.</p> <p>4.14 Construct and instruct in the making of toys out of locally available waste materials and plan, implement and monitor play and stimulation activities to facilitate development.</p> <p>4.15 Teach basic maintenance of wheelchairs, hearing aids, callipers and crutches.</p> <p>4.16 Teach an exercise programme for the prevention and treatment of backache.</p> <p>4.17 Instruct on back care and joint protection principles to decrease pain and maintain the range of movement in the treatment of back pain and other conditions involving joints.</p> <p>Visiting Therapist are able to:</p> <p>4.18 Design treatment/rehabilitation programmes for people with stroke, spinal injury, spina bifida, cerebral palsy, barriers to learning, sports injuries, backache, arthritis, amputations, blindness, to be implemented by the therapy assistant or family members of the person with a disability.</p> <p>4.19 Assess people with disabilities for the need for Specialised Assistive Devices, and prescribe and order these from the District, Regional or Tertiary Hospital.</p> <p>4.20 Assess patients with burn scar tissue, and prescribe and order pressure garments.</p> <p>4.21 Assess scholars with barriers to learning</p> <p>4.22 Guide doctor in assessment of degree of disability for applications for disability and care dependency grants.</p> <p>4.23 Design and direct needs driven awareness raising, education and prevention programmes.</p> <p>4.24 Assess the need for surgical release of contractures and other corrective procedures.</p> <p>4.25 Supervise and arrange the continuing education of community therapy assistants.</p> <p>The visiting PHC doctor is able to:</p> <p>4.26 Assess continence problems, and advise suitable continence management in consultation with the therapist or therapy assistant, patient and family.</p> <p>4.27 Manage spasms related to spinal injury with drug treatment and/or detection and treatment of stress factors.</p> <p>4.28 Assess persons for disability grants and care dependency grants.</p>

- 4.29 Use a Schiotz Tonometer.
- 4.30 Diagnose disabilities as early as possible, and develop a system of referral. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
- 4.31 Clinics are accessible to wheelchairs and trolleys and have toilet facilities for people on wheelchairs.
- 4.32 People with disabilities are given preference when queuing for services and, where feasible, appointments are given to patients to reduce waiting times.

5 REFERRAL

- 5.1 From district hospital to clinic:
 - 5.1.1 All patients with newly acquired disabilities, who have completed the acute phase of their rehabilitation for follow up by the therapy assistant.
 - 5.1.2 All newly detected patients with disabilities, who have been assessed by a therapist, doctor or specialist, for follow up and rehabilitation at the nearest clinic.
- 5.2 In the clinic to the rehabilitation service:
 - 5.2.1 All children detected with a developmental delay for assessment.
 - 5.2.2 Patients with healed burns that cover a joint surface for the prevention of contractures and treatment of scarring.
 - 5.2.3 Patients with disabilities for alleviation programmes and rehabilitation.
 - 5.2.4 All patients with chronic deforming arthritis.
- 5.3 Referral of patients to doctor or multidisciplinary team:
 - 5.3.1 Patients with spinal chord injury with troublesome spasms.
 - 5.3.2 Patients with continence problems for institution of an adequate continence programme.
- 5.4 From clinic for specialist assessment or treatment:
 - 5.4.1 Patients with physical disabilities amenable to corrective surgery, assuming that a therapy follow-up service is available.
 - 5.4.2 Patients with chronic disabling rheumatoid arthritis for assessment and monitoring.
- 5.5 From clinic to hospital:
 - 5.5.1 Patients requiring intensive daily rehabilitative therapy.
 - 5.5.2 Patients with extensive bedsores.
 - 5.5.3 Patients in need of more assistive devices not available at district level.
 - 5.5.4 Complicated burns (facial, perineal, burns involving a joint or over 10% of body surface).
 - 5.5.5 Patients with spinal injury and sudden increase in spasms, temperature and high blood pressure.
- 5.6 From clinic to other sectors:
 - 5.6.1 Children with sensory loss to LSEN schools.
 - 5.6.2 Patients with disabilities who are capable of working, to department of labour for employment opportunities
 - 5.6.3 Patients with disabilities for training in suitable occupational skills.
 - 5.6.4 Patients with disabilities that are not suitable for the open labour market, to community groups for disabled people, self-help groups, or protected workshops.
 - 5.6.5 Any other sectors which are deemed useful for the development of social and economic independence of the disabled person e.g. training centres for the blind.
 - 5.6.6 Peer support groups.
 - 5.6.7 Patients with disability who are not acceptably cared for in the community to the welfare department
 - 5.6.8 Severely disabled children, who are not accepted at schools to community day care centres

6 PATIENT EDUCATION

- 6.1 Prevention of bedsores in debilitated patients and patients with sensory loss.

7 RECORDS

- 7.1 Data collected at clinics to be used for development of a district data base on disability for use for programme planning

- 7.2 Patient information recorded using the SOAP Format.
- 7.3 Initial assessment and follow up forms standardised for the district, and kept in the chronic file of the patient at the clinic.
- 7.4 A summary note of the diagnosis, referral and treatment is in the patient held record.
- 7.5 The visiting therapist ensures that data and information, and records are accurately and consistently maintained.
- 7.6 Data fields for clients referred for rehabilitation are included in the clinic register.

8 COMMUNITY & HOME BASED ACTIVITY.

- 8.1 Refer patients to community monitoring programmes, mobilise community support, where indicated by the patients' social circumstances to ensure compliance with treatment.
- 8.2 Needs analysis for rehabilitation in the community, to plan appropriate and effective intervention programmes.
- 8.3 Home visits on patients to gain insight into their social situation.
- 8.4 Devise home based rehabilitation programmes for people requiring extended rehabilitation, in collaboration with the disabled person, his family, and/or community.
- 8.5 Maintain contact with clients through follow up visits.
- 8.6 Identify and mobilise community resources for groups and peer support, skills training and income generation.
- 8.7 Supervise, advice and assist community therapy assistants.
- 8.8 Recommend and assist with implementation of adaptations to client's homes, communities, work areas, or schools.

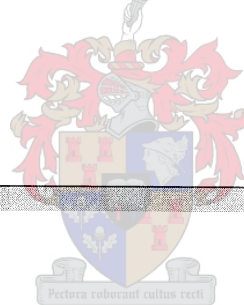
9 COLLABORATION

- 9.1 Develop a responsive disability information system and database in consultation with PHC Nurse, Generalist Doctor, Disabled People's Organisations and Community



PART 2

NORMS AND STANDARDS FOR COMMUNITY BASED CLINIC INITIATED SERVICES



PART 2**NORMS AND STANDARDS FOR COMMUNITY BASED CLINIC INITIATED SERVICES****COMMUNITY LEVEL WATER & SANITATION****INTRODUCTION**

A water supply and sanitation project is part of a comprehensive development strategy. It is people driven and is not sustainable unless people themselves are directly involved. Communities are involved in the planning, design, financing, construction and maintenance of improved water supplies with women's groups taking the leading role. Public and private sector resources provide initial training and long-term support to create an environment in which community management can function. Technology is affordable and sustainable. Development activities are demand driven, community based and of a level to provide a healthy environment which is a human right.

NORMS

1.	There are functioning community participation structures.
2.	There is access to district health expertise including the services of an environmental health officer.
3.	Reduce the under 5 mortality rate by 30%.
4.	Reduce the mortality of children under 5 due to diarrhea by 50%.
5.	Eradicate poliomyelitis by 2002.
6.	Reduce the prevalence of underweight for age among children under the age of 5 to 10%.
7.	Reduce the prevalence of stunting among children less than 5 to 20%.
8.	Reduce the prevalence of severe malnutrition in children under 5 to 1%.
9.	Eliminate micro deficiency disorders.
10.	Ensure 9.5 liters of water per person per day.
11.	The maximum distance that a person has to cart water to their dwelling is 200m.
12.	The flow rate of water from the outlet is not less than 10 liters per minute and water is available on a regular daily basis.
13.	A water service does not fail due to drought more than once in 50 years and there is no more than one week's interruption in supply per year.
14.	Once minimum quality of water is available, health related quality is important and in accordance with currently acceptable minimum standards with respect to chemical and microbial contaminants and acceptable to consumers in terms of its potability.
15.	Adequate basic provision of sanitation is one well-constructed VIP toilet to agreed standards per household.
16.	Phase out the bucket system over 5 years.
17.	Responsibility for sanitation services lies with the local authority or, if not, the local water committee is the vehicle for sanitation development.

STANDARDS

- 1 The capacity building hygiene education and training of the community health committee is achieved through linkage with the health sector as well as other development sectors such as water affairs and forestry.

The competence of Environmental Health Officers (EHO)

- 2 The EHO working with the community has the following competencies and hence able to:
 - 2.1 Work with other sectors in development projects.
 - 2.2 Work with local clinic staff for teamwork in motivating community committees to improve water and sanitation.
 - 2.3 Work with health staff of clinics, NGOs and local government structures if present to provide hygiene education and training and build capacity of communities.
 - 2.4 Empower committee through training, technical advice and continuing support and monitoring to undertake and manage their own development including water and sanitation.
 - 2.5 Provide information to schools on undertaking water and sanitation and personal and public health.
 - 2.6 Monitor that sanitation and water systems do not create environmental problems.
 - 2.7 Assist communities develop the capacity to use the cycle of participation - assessment, analysis, and action - and provide particular assistance in preliminary assistance through environmental surveys.
 - 2.8 Work with DWAF personal to explain to communities through individual leadership dialogue or community, workshops the contents of the White Paper:
 - 2.8.1 Water supply and Sanitation Policy 1994
 - 2.8.2 National Sanitation Policy White Paper Oct. 1996, Guidelines for ground water protection for Community water supply and sanitation programme.

Communities

- 3 Through education, training and improved communication communities develop the following competencies and hence are able to:
 - 3.1 Get rid of human excreta, dirty water and household refuse in a sustainable way without harm to the environment.
 - 3.2 Improve personal habits and behavior relating to water and sanitation.
 - 3.3 Relate diarrhoeal disease and its effects on nutrition, growth and development of children, skin disease, trachoma, periodic outbreaks of diarrhoea, dysentery, worm infections (including schistosomiasis) to poor water and sanitation in their community.
 - 3.4 Through women's groups work together to achieve both water and sanitation norms for their community and be more competent in rearing their children with good hygiene behavior.
 - 3.5 Ensure that sanitation systems in their community do not pollute rivers, dams and under ground water supplies.
 - 3.6 Understand the reasons for and be able to pay for maintenance of their water and sanitation services.
 - 3.7 Conduct assessments or surveys of the state of water supply and sanitation in their own community.
 - 3.8 Analyse the behavioural, cultural and socioeconomic factors leading to their health problems related to inadequate water and sanitation.
 - 3.9 Through community based education (through schools, churches, groups) ensure that the transmission pathways of disease from waste and excreta are known. These are hands, flies, food, fluids, and soil. The ways of blocking transmission by personal hygiene, household and community hygiene are also known.
 - 3.10 Achieve community hygiene through a high percentage of homesteads improving house hold hygiene so that there is no environmental contamination from excreta, dirty water and solid waste.
 - 3.11 Improve community hygiene by food vendors and other food handlers being educated about food hygiene based on the WHO Ten Golden Rules for Safe Food Preparation.
 - 3.12 Be aware of community problems created by keeping animals next to homes and of problems arising from blocked drains.

Health Personnel

- 4 Clinical staff working with the EHO have the following competencies and are thus able to:
 - 4.1 Ensure that health facilities are models for the community with respect to water and sanitation including patient toilets, staff toilets, and hand washing facilities.
 - 4.2 Lead school or community programme in environmental cleaning days.
 - 4.3 Provide health education on personal hygiene and health to patients, community groups, pre schools and schools.
 - 4.4 Initiate behaviour change dialogue with the community on the use of toilets and use of water to improve health.
 - 4.5 Feedback to the community information of the burden of water / sanitation related illness in the community as shown by analysis of the health information system.
 - 4.6 Ensure that all schools in the catchment area of the clinic are health-promoting schools (good toilets, good water supply, hygienic school feeding programme, hand-washing facilities, continuing education on hygiene).
 - 4.7 Work with community committees to ensure improved sanitation facilities at churches, sports grounds, markets, bus stops and crèches.
 - 4.8 Assist communities obtain government subsidies after having organized themselves and planned a project.
 - 4.9 Provide advice to farmers on improvement of water and sanitation to their workers while also providing hygiene education to the workers.
- 5 Clinic teams and District Health Management Teams have the capacity to work with local NGOs in sanitation programmes and to assist them
 - 5.1 In their training and capacity building,
 - 5.2 In helping communities plan and implement projects,
 - 5.3 provide health and hygiene education,
 - 5.4 Prepare communication material.

COMMUNITY LEVEL HOME-BASED CARE**NORMS**

1	Every community provides some home-based care and has access to community-based care through partnership of community-based and clinic-based health services.
2	All clinics serving communities in their catchment areas identify home-based carer co-ordinators for formal and informal sector activities.
3	All communities with home-based care have access to a referral system and to comprehensive support services.
4	All clinics have access to home-based care guidelines and palliative care guidelines so that they can assist communities and families.

STANDARDS

1	Home-based care is comprehensive and holistic, person centered, sensitive to culture, religion, values and respects privacy and dignity and maintains self-esteem.
2	It empowers and promotes functional independence of the individual and family.
3	The patient, the carer and the community are provided with appropriate targeted education.
4	Home-based care assists in reducing unnecessary visits and admissions to health facilities.

5	Community groups and individual home-based carers receive training from the nearest competent resource - NGOs or the local clinics or visiting health team.
6	Community groups and clinics maintain records of home-care and it's continuity and consistency.
7	Patients referred from a health facility for home care have the homestead carer prepared and given adequate instruction on medication and daily living care. Referring facilities also provide prescribed medicine and assistive devices.
8	Protocols or manuals of care are provided to home-care patients from the local clinic on palliative care and the management of pain.
9	Community-based training of home-carers is based on adult education principles and practical simple guidelines.
10	Health staff assist in the development of case management plans which consider physical and psychological needs, environment social networks, diet, exercise and rest, personal habits, sexuality, recreation, dressing, washing, feeds, toilet, continence, hearing, seeing and home layout.
11	Community groups, family, neighbours or volunteers assist with continuing home needs.
12	Social workers assist with arranging legal assistance (e.g. wills) and application for disability grants and other social support.
13	Integrated community home-based services have a mosaic of categories, (medical, counselling, pastoral, rehabilitation and traditional) brought together around the individual and family through professional co-ordination.
Home Care for AIDS	
14	Home care for AIDS in the community includes access to common drugs, emotional support, consideration of families, help with households, kind relationships from clinic staff and financial support if available through social welfare or self-help groups.
15	The community care of AIDS patients involves a continuum of care, which links all available resources in a community.
16	The continuum of care starts from initial counselling to include care of psychosocial needs, medical and nursing needs and family needs such as care of children, legal advice and assistance.
17	Clinics, hospices, NGOs and community groups are linked in a network and this can be initiated by the clinic, NGOs or community groups.
18	The aims of AIDS home care are the same as for any home-based health care programme: 18.1 to prevent problems when possible 18.2 to take care of existing problems to know when and how to get help.

DIRECTLY OBSERVED TREATMENT (SHORT COURSE) STRATEGY "DOTS"

SERVICE DESCRIPTION

The national TB control strategy of directly observed treatment short course 5 key elements, are:

- Directly observed treatment by the clinic/treatment supporter for 6 months.
- Short course chemotherapy and uninterrupted drug supply
- Standard reporting and recording system.

- Diagnosis based on positive sputum microscopy.
- Commitment to the DOTS programme by all.

NORMS

Achieve a minimum community-based directly observed tuberculosis treatment cure rate of new sputum positive TB cases of 85%.

STANDARDS

Accessibility

- 1 DOTS supporters for TB cases are as near to the home of cases as is convenient to ensure regular treatment and periodic clinic supervision.

Equipment

- 2 Community supporters of DOTS will have:
 - 2.1 a box in which to store the supply of drugs specific for each patient being supported,
 - 2.2 a supply of green cards for recording (as a duplicate) the treatment given while the patient keeps the original card issued by the clinic,
 - 2.3 patient education material in the correct language.

Training

- 3 All community DOTS supporters have received a course of training equivalent to at least one week, either continuous or in sessions.
- 4 Training covers knowledge, attitude change and skills in communication, simple counselling and problem solving in providing correct continuous directly observed treatment.
- 5 Suitable training manuals and health learning materials are provided.

Supervision

- 6 DOTS supporters in the community receive supportive supervision by regular contact with the clinic nurse who will also record continuity of progress in the clinic TB register.

Evaluation

- 7 Success is measured by recording:
 - 7.1 The number of missed treatments and
 - 7.2 The rapidity of re-establishing continuous treatment and sputum conversion at 2 months for new cases and 3 months for re-treatment cases and at 6 months and 8 months for new and re-treatment cases respectively.
 - 7.3 % of patients on DOT.
 - 7.4 smear conversion rate at 2/3 months of treatment.
 - 7.5 % of patients who are cured.

Community Support

- 8 The community health committee participates in identifying new potential DOTS supporters. This is a partnership between supporter, patient and clinic with the patient deciding who his supporter will be.
- 9 Committees may provide non-financial incentives such as community recognition of outstanding voluntary DOTS support.

Referrals and Transfers

- 10 All referrals and transfers of community based DOTS patients are documented on the correct forms and followed up by the referring or transferring health facility.

INTEGRATED NUTRITION PROGRAMME

BASIC CONSIDERATIONS

The vision for nutrition is optimum nutrition for all South Africans. It is recognised that nutrition is multi-sectoral and complex. Nutrition status is improved through health-facility-based, community-based and nutrition promotion activities.

NORMS

1.	The UNICEF conceptual framework is used to understand and address the complexity of nutrition problems.
2.	The UNICEF Triple-A Cycle of assessment, analysis and action is used as the implementation methodology.
3.	Increase regular growth monitoring to reach 75% of children <2 years. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
4.	Increase the proportion of mothers who breast-feed their babies exclusively for 4-6 months, and who breast-feed their babies at 12 months. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
5.	Reduce the prevalence of under weight-for-age among children less than 5 years to 10%. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
6.	Reduce the prevalence of stunting among children <5 years to 20%. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
7.	Reduce the prevalence of severe malnutrition among children <5 years to 1%. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
8.	Eliminate micro nutrient deficiency disorders. (National Year 2000 Goals, Objectives and Indicators.)
9.	A protocol is in place for the management and referral of children with growth faltering or failure, management of micronutrient deficiency and obesity.
10.	Programmes address prevention of morbidity and mortality due to diseases of lifestyle e.g. obesity, diabetes mellitus, coronary artery disease.
11.	Programmes are in place to improve the care of pregnant and lactating women.

STANDARDS

1	REFERENCES, PRINTS, AND EDUCATIONAL MATERIALS
	1.1 Appropriate Health Education material for Nutrition, including breast-feeding and weaning, malnutrition, parasite infestation, food safety and diseases of lifestyle.
	1.2 Integrated Nutrition Programme for South Africa Draft Document, December 1997.
	1.3 Targeting Strategy form Community-based Nutrition Projects.
	1.4 Draft breastfeeding Policy as well as draft guidelines and recommendation for the feeding of infants of HIV positive mothers.
	1.5 Draft Policy Guidelines for Vitamin A Supplementation.
2	EQUIPMENT
	2.1 Road-to-Health Charts
	2.2 Weighing scales (for babies and older children).
	2.3 Skin fold callipers

	<p>2.4 Height measurements and infant meters</p> <p>2.5 Non-stretch tape measures</p> <p>2.6 Overhead projector.</p> <p>2.7 Video player/TV monitor.</p>
3	<p>MEDICINE & SUPPLIES</p> <p>3.1 Flip charts and markers for group work.</p> <p>3.2 Stationary.</p>
4	<p>COMPETENCIES</p> <p>4.1 Staff working at the district level have the following competencies, particularly applied to community-based, integrated nutrition:</p> <p>4.2 An understanding of the principles of nutrition.</p> <p>4.3 An understanding of the conceptual framework for the analysis of nutrition problems in communities.</p> <p>4.4 An understanding of methodologies used in nutrition assessment.</p> <p>4.5 The ability to design, implement and evaluate intersectoral programmes.</p> <p>4.6 The capacity for project management and application of innovative approaches to nutrition issues.</p> <p>4.7 The ability to communicate with a target group, analyse its needs and make appropriate choices of communication media and materials.</p> <p>4.8 The ability to train at community and other levels using good educational practice.</p> <p>4.9 The ability to follow-up and monitor the growth of children using the Road to Health Chart.</p> <p>4.10 The ability to recognise under-nutrition, micronutrients deficiency and obesity, and appropriately counsel and advise clients.</p>
5	<p>REFERRAL</p> <p>5.1 There is effective and efficient referral and counter referral system between district health facilities and community based services.</p>
6	<p>PATIENT EDUCATION</p> <p>6.1 Appropriately counsel and advise clients on under-nutrition, micronutrient deficiency and obesity.</p> <p>6.2 Appropriately counsel and advise clients on breastfeeding and weaning.</p> <p>6.3 Appropriately counsel and advise clients on infant feeding options for HIV positive mothers.</p> <p>6.4 Counselling and support of current coping strategies.</p>
7	<p>RECORDS</p> <p>7.1 Children's weight is recorded and graphed on the Road to Health Chart.</p> <p>7.2 Charting of weight and other appropriate parameters by the client on a home monitoring programme.</p>
8	<p>COMMUNITY & HOME BASED ACTIVITY</p> <p>8.1 The active participation of households, community leaders and structures, NGOs, CBOs and other community role players are mobilised in the district.</p> <p>8.2 Household coping strategies already in place are supported.</p> <p>8.3 Communities are empowered with the necessary skills and knowledge to become self-reliant with regard to their food and nutrition needs and to be in control of factors affecting their nutritional well being.</p>
9	<p>COLLABORATION</p> <p>9.1 Intersectoral collaboration of line departments and other sectors are mobilised at all levels to ensure joint action to ensure nutrition problems are addressed</p> <p>9.2 Collaboration between health-facilities and community-based programmes to implement the community component of the Integrated Management of Childhood Illness.</p>

SCHOOL HEALTH SERVICES

BASIC CONSIDERATIONS

The School Health Service is expected to provide a health promoting services by acting in a co-ordinating role, making use of the skills and capacity in different sectors of society, including the community, the learners themselves, educators and NGOs.


Standards set for the School Health Service need to take into account the diverse situation of schools and school health services at present and the changing philosophy introduced by the education sector, including outcomes based education and inclusive education. The introduction of the philosophy of inclusive education means that children with barriers to learning will be included in ordinary schools and that these schools and communities will have to be develop to provide acceptable services for these children. Teachers generally do not have the capacity to deal with these children and the school health services can play a role in enabling teachers to identify and integrate these children into the classroom. School Health personnel may not have the capacity to implement their new role so a transformation-training programme is required. New resources for school health promotion need to be developed and funded. The School Health Teams are becoming an integral part of the primary health team and intrasectoral (i.e. they work with other sections of the Health Department).

These recommended standards are based on the assumption that the Primary Health Service is built on the Sub-district approach to service delivery.

SERVICE DESCRIPTION

The school health service is a health promotive service dealing with the individual in the context of the family and community and with the school environment. The service encourages the school to seek to develop and implement school policies that promote and sustain health, improve the physical and social environment within which children learn and develop and improve children's capacity to become and stay healthy.

NORMS



1.	Each sub-district has a minimum of one School Health Promoting Team.
2.	Every clinic will be able to access a specially trained nurse on school health within the district
3.	District School Health Promoting Teams are supported from provincial level with an appropriate, effective transformation training programme, and the development of standardised resource packs and the training occurs during those times of the year when schools are closed. The transformation is completed by the year 2003.
4.	Screening Programmes are provided to give adequate coverage to identify all children at risk of barriers to learning and are not limited to certain age groups.
5.	The School Health Promoting Service creates a positive learning environment, by identifying barriers to learning, and developing ways to remove these barriers in a community inclusive way.
6.	School Health Promotion Programmes promote acceptance and celebration of diversity among individuals through a learner centred approach.
7.	An accessible, healthy physical and social environment in which children can learn is promoted.

STANDARDS

1	REFERENCES PRINTS AND EDUCATIONAL MATERIAL
1.1	A standardised questionnaire for use by teachers to screen for the presence of factors causing barriers to learning in the individual (e.g. "School Readiness Screening Pilot: April - July 1997, School and Youth Health Directorate" and a questionnaire developed by an Intersectoral team in the Ladysmith Region of Kwazulu-Natal).
1.2	A standardised questionnaire for use by school health promoting teams to assist them detecting barriers to learning in the environment of the learner (e.g. the draft of "The Index - an instrument to assess Health Promoting Schools in South Africa").
1.3	A resource register for the district for use by School Health Promotive Teams and Educators, by which available health services can be identified, and how they can be accessed, to be compiled by each district and regularly updated.
1.4	Health promoting educational materials in the local language and accessible to people with disabilities, including films, videos, posters, booklets, visual aids and audiotapes.
2	EQUIPMENT
2.1	As for mobile teams
2.2	Projector, video recorder, slide projector, white boards and audiotapes.
2.3	Access to administrative support, including typing services, telephone and fax, photocopying services, stationary and appropriate transport for the environment.
3	MEDICINES, SUPPLIES AND ASSISTIVE DEVICES
3.1	Access to medication for control of specific disease conditions identified at district level, e.g. prevention of blindness from trachoma, treatment of scabies outbreak.
3.2	Assistive devices for daily living for people with disabilities. (Assistive devices required to access education is supplied by the Education Department).
4	COMPETENCIES
4.1	The School Health Promoting Team is able to:
4.1.1	Function as an effective and efficient team.
4.1.2	Promote the whole person and life-style skills development of pupils and educators.
4.1.3	Identify resource people and involve them to promote the transformation.
4.1.4	Promote community participation and the participation of all stakeholders in programmes e.g. Participatory Learning and Action (PLA) skills.
4.1.5	Plan and implement health promoting programmes.
4.1.6	Apply and interpret the screening questionnaires for individuals and schools and transfer these skills to the teachers.
4.1.7	Identify gaps in the service and barriers to learning.
4.1.8	Promote healthy nutrition, mental health and reproductive health.
4.1.9	Counsel for substance abuse and victims of violence including rape.
4.1.10	Identify and seek to reduce stress.
4.1.11	Promote healthy sexuality and deal with the results of unhealthy sexual behaviour.
5	PATIENT EDUCATION
5.1	Address health risk behaviours with the provision of behaviour specific knowledge and opportunities to practice knowledge and skills.
6	REFERRAL
6.1	Refer to nearest clinical service, the students that require more intense clinical assessment and management.
7	RECORDS
7.1	An information system at all levels of the service, which informs the different sectors to make effective use of existing services, identifies gaps in the service and monitors the progress toward the development of Health Promoting Schools.
8	COMMUNITY BASED ACTIVITIES

8	COMMUNITY BASED ACTIVITIES 8.1 Promote the development of child-to-child programmes as an important resource. 8.2 Work with school boards to promote activities in the community such as libraries and sport activities.
9	COLLABORATION 9.1 Clinic staff collaborate with and involve officials from health, welfare, education, agriculture sectors, educators, learners, parents, community leaders CBOs and NGOs, 9.2 School Health Promoting Teams are intra- and intersectoral.

COMMUNITY BASED REHABILITATION

SERVICE DESCRIPTION

The philosophy of Community Based Rehabilitation (CBR) is to promote the concept of shared governance, namely the active participation of people with disabilities and their family members in:

- Developing of a vision for their lives within the society in which they live,
- Identifying the needs and resources of people with disabilities within the community,
- Planning and implementing the vision and
- Monitoring and evaluating its implementation.

This participatory approach to governance and service implementation takes place at all levels of society from central government down to community groups and home based care. This chapter describes what happens in the community and at home, after listing the norms and standards that apply at all levels in society.

NORMS

STANDARDS

1	REFERENCES, PRINTS, AND EDUCATIONAL MATERIALS: 1.1 Disabled Village Children: David Werner 1.2 WHO Manual on Community based Rehabilitation.
2	EQUIPMENT 2.1
3	MEDICINE & SUPPLIES 3.1 Medical and surgical supplies and assistive devices are accessed from the nearest health facility.
4	COMPETENCIES 4.1 Community groups skills are available 4.1.1 To organise and run regular, focused and functional meetings. 4.1.2 In record keeping and minutes taking. 4.1.3 To run committees and resolve conflicts. 4.1.4 In bookkeeping, financial reporting and operating a bank accounts. 4.1.5 In writing proposals and fund-raising. 4.1.6 In developing job descriptions and monitoring the services of employees like cooks, day-care providers, drivers, etc. 4.2 Day caretakers have 4.2.1 Basic training in early education and can carry out a basic rehabilitation programme under the guidance of a therapist or therapy assistant.

- 4.2.2 The ability to
- 4.2.2.1 do a basic assessment of the rehabilitation needs of the children in their care, and record this in the local vernacular in a standardised format.
 - 4.2.2.2 keep a progress record of a child in his/her care in the local vernacular.
 - 4.2.2.3 keep a daily journal of their activities, attendance and incident registers and write half-yearly reports of the child's progress to the parents.
 - 4.2.2.4 construct toys from locally available material and plan stimulation programmes for a group of children.
 - 4.2.2.5 counsel parents on handling of the child.
 - 4.2.2.6 Identify children who are not adequately cared for by their families, even with support from community services, and refer these to welfare services.
 - 4.2.2.7 Know which social grants are available to people with disabilities and how to apply for such assistance.
- 4.2.3 Self-help and Income Generating Groups have skills are available in financial management and marketing products made.

Organising the service at all levels

- 4.3 Districts have a community-based level of service for rehabilitation, which is provided in partnership with people with disabilities and their caregivers.
- 4.4 Councils are in place at district and community level, based on the shared governance structure described as the model in the white paper on disability.
- 4.5 Health Department representatives at these levels participate in, and actively promote, the shared governance structures, in an empowering way, putting the leadership into the hands of the people with disabilities.
- 4.6 Health forums, hospital boards and community health committees have at least one member with a disability.
- 4.7 Meetings of the committees and boards are conducted in barrier free circumstances.
- 4.8 Services for people with disabilities are given priority.
- 4.9 The Health Sector gives technical support to shared governance structures and community-based services.
- 4.10 People with disabilities are involved in setting up and implementing disability information systems at all levels of service provision, and this information is used to prioritise and plan services.

Organising the service at community level

- 4.11 Opportunities are developed for care givers of disabled children, or people with disabilities to be involved in providing community based services.
- 4.12 Community based services include day care facilities for children with multiple severe disabilities, support groups, self help groups, protected workshops, home based care, sport opportunities and instruction for people with disabilities.
- 4.13 Each sub-district has a centre for rehabilitation with, as a minimum, facilities for day care and a workshop.
- 4.14 Community based service points are visited by a therapist or therapy assistant.
- 4.15 Suitable space is available for these services to be provided on or within health service facilities, if needed.

5 REFERRAL

- 5.1 There is effective and efficient referral and counter referral system between district health facilities and community based and owned facilities.

6 PATIENT EDUCATION

- 6.1 Assist in empowering people by them recognising their self-worth.
- 6.2 Handling of behavioural problems.

7 RECORDS

- 7.1 A progress record of a child in his/her care in the local vernacular.
- 7.2 Daily journal of day care centres, their activities, attendance and incident register.
- 7.3 Regular reports on the child's progress to the parents.

7.4	Record of a basic assessment of the rehabilitation needs of the children in their care in the local vernacular in a standardised format
8	COMMUNITY & HOME BASED ACTIVITY
8.1	Needs driven community training, counselling and awareness raising programmes to address issues concerning people with disabilities operate from these centres.
8.2	Community groups are actively involved in awareness raising activities within the district, especially the International Day of Disabled and other special days with related topics.
9	COLLABORATION
9.1	People with disabilities are involved in the planning, setting of standards and monitoring of the services of which they are the main benefactors.
9.2	Issues pertaining to disability are addressed, through intersectoral collaboration, with the community at community based service points.
9.3	Community based services are provided within a framework of accountability to a committee made up of stakeholders, which receives technical support from a service provider.
9.4	Rehabilitation centres are further developed to provide contact/service points with other sectors, e.g. welfare, labour, education, agriculture, as well as community gardens and adapted gardens for people with disabilities, sports facilities for disabled persons, and short term half way house boarding facilities.
9.5	Therapists and therapy assistants assist community-based groups to contact services from other sectors, NGOs and Disabled People's Organisations (DPO's).
9.6	District maintenance personnel provide technical support for these services e.g. construction of aids for daily living for individual clients.
9.7	Opportunities to contract the provision of services for the health sector to people with disabilities are developed e.g. making of pressure garments, sewing or repair of hospital linen, making of special chairs from Appropriate Paper Technology, garden services.
9.8	The education sector makes use of the resources within the Community Based Rehabilitation service to cater for the educational needs of children and adults with barriers to learning, and provides technical support to the groups.
9.9	Community Groups remain in contact with the Department of Labour, and are given priority in suitable skills training programmes.

REFERENCES AND DOCUMENT SOURCES

1. Batho Pele
2. Patient's Rights Charter
3. The Essential Drug List
4. National Year 2000 Goals, Objectives and indicators.
5. Policy document MCWH; - National Department of Health, (NDOH) Pretoria, 1995.
6. National Framework and Guidelines for contraceptive services (draft); - NDOH Pretoria 1996.
7. EPI Disease Surveillance Field Guide;-(NDOH), October 1998
8. Cold chain and Immunisation operations manual; - (NDOH) August 1997.
9. Technical guidelines on Immunisation in SA; - (NDOH)
10. Guidelines for cholera; - (NDOH), October 1998
11. Syndromic case management of STD – a guide for decision makers, health care workers and communicators
12. The diagnosis and management of STD in Southern Africa
13. Clinical care guidelines for adults; - (NDOH) 1999
14. TB and HIV/AIDS clinical guidelines; - (NDOH) 1999
15. Guidelines for home care; - (NDOH) 1999
16. Strategies to reduce mother to child transmission (MTCT) of HIV and other infections during pregnancy and child birth (NDOH) 1999
17. Ethical guidelines for HIV research (NDOH) 1999
18. Policy guidelines and recommendations for feeding of infants of HIV mothers (NDOH) 1999
19. Rapid HIV test and testing and proposed quality assurance regulations (NDOH) 1999
20. Management of occupational exposure to HIV(NDOH) 1999
21. Protocols for management of a person with STD (NDOH) 1999
22. Training manual for health care providers (NDOH), 1999
23. Syndromic management of STD (NDOH)1999
24. Malaria control policy in SA; - (NDOH) 1995
25. Guidelines for the prophylaxis of malaria, (NDOH) October 1996
26. Guidelines for the treatment of malaria; - (NDOH) October1996
27. Guidelines for vector surveillance and vector control; (NDOH) 1996
28. Overview of malaria control in SA; (NDOH) 1997
29. Guidelines for medical management of rabies; - NDOH document
30. TB: a training manual for health workers; (NDOH) 1998
31. The SA TB control programme, practical guidelines; - (NDOH) 1996
32. Leprosy control in SA; (NDOH) June 1998
33. Guidelines for the prevention and treatment of otitis media; (NDOH) December 1998
34. Standard treatment guidelines for treatment of otitis media at PHC level
35. National guidelines on primary prevention and prophylaxis of Rheumatic Fever (RF) and Rheumatic Heart Disease (RHD) for Health Professionals at Primary level
36. Wits University PHC training manual for trauma
37. The SA medicine formulary
38. Norms and Standards for psychiatric conditions in SA; - (NDOH) 1998
39. Guidelines for affordable mental health services for people with sever psychiatric conditions in SA
40. National Policy guidelines for victims of sexual offences; - (NDOH) 1998
41. National guidelines on primary prevention of chronic diseases of life style (CDL)
42. Policy guidelines on the prevention of conditions leading to Disability
43. National guidelines on prevention, early detection/diagnosis and intervention Of physically abuse of older persons at primary level,
44. National programme for control and management of diabetes type 2 at primary level; - (NDOH) 1998
45. Guidelines for hypertension at primary health care levels; - (NDOH) 1998
46. Community level Water and Sanitation
47. Water and Sanitation Policy, 1994
48. National Sanitation Policy White Paper, 1996.
49. Integrated Nutrition Programme for SA draft document; December 1997
50. Targeting strategy from Community – based nutrition projects
51. National breast-feeding guidelines for health workers and health facilities, 1998
52. Policy guidelines and recommendations for feeding of infants of HIV positive mothers

53. Draft policy guidelines for Vitamin A Supplement, DoH
54. Policy guidelines for health facility based nutrition interventions to prevent malnutrition in SA, 1998
55. WHO/UNICEF Guidelines on Integrated Management of Childhood Illness.
56. Wits University PHC Training Manual for Trauma.
57. Primary Health Care Manual of the Essential Drugs Programme.
58. Dr Richard Garrett, Surgeon, Benedictine Hospital, Nongoma, Kwazulu-Natal.
59. Draft Norms, Standards and Practice Guidelines for Primary Oral Health Care. Department of Health, Pretoria, 1999.
60. Points to consider in relation to workshops on essential devices and the rehabilitation Core package at primary level, from follow up workshop on Assistive Devices 14 - 17 September 1997.
61. Policy Guidelines on the prevention of conditions leading to disability at primary Health care Level, Draft 4, December 1997.
62. Rehabilitation for all! National Rehabilitation Policy. Final Draft, December 1998.
63. Competencies of the CRF (Draft based on discussion of the therapy boards of the Health Professions Council).
64. Dr Karin Volker, MBBCh, MFamMed, District Medical Officer for Disability, Okhahlamba-Emtshezi Health District.
65. WHO global School Health Initiative, guided by the Ottawa Charter for Health Promotion (1986).
66. School Readiness Screening Pilot: April - July 1997, School Health and Youth Directorate.
67. The Index – An Instrument to assess the Health Promoting Schools in South Africa.
68. Quality Education for All: Overcoming Barriers to Learning and Development, Report of the National Commission on Special Needs in Education and Training (NCSNET), National Committee on Education Support Services (NCESS), Department of Education Pretoria, 28 Nov 1997.
69. School Health Activities in South Africa, 1998.
70. Health Promoting Schools Workshop, May 1997.
71. Provincial Health Promoting Schools Network.



ABBREVIATIONS

AEFI	Adverse Effects Following Immunisation
AFP	Acid Fast bacillus
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANC	Ante natal care
ARI	Acute Respiratory Infections
ART	Atraumatic Restorative Treatment
ATICC	Aids Training and counseling center
BCG	Bacillous
CBO	Community Based Organisation
CBR	Community Based Rehabilitation
CDL	Chronic Diseases of Lifestyle
CHW	Community Health Worker
CSF	Cerebro Spinal Fluid
DISCA	District STD Quality of Care Assessment
DOTS	Direct Observed Treatment
DPO	Disabled People's Organisation
DPT	Diphtheria-Pertussis-Tetanus
EDL	Essential Drug List
EHO	Environmental Health Officer
EPI	Expanded Programme of Immunisation
FEFO	First expiry, first out
FP	Family Planning
HBV	Hepatitis B Virus
HIB	Haemophilus vaccine
HIV	Human immunodeficiency Virus
IEC	Information Education and Counselling
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses
INH	Isoniazid
MCWH	Maternal Child and Women's Health
MTCT	Mother To Child Transmission
NCSNET	National Commission of Special Needs in Education and Training
NCESS	National Committee on Education Support Services
ORS	Oral Rehydration Solution
OT	Occupational Therapy
PEP	Perinatal Education Programme
PHC	Primary Health Care
PLA	Participatory Learning and Action
PNC	Post Natal Care
POP	Plaster of Paris
RPR	A syphilis test
SOAP	Subjective, Objective Assessment Plan
STD	Sexually Transmitted Diseases
TB	Tuberculosis
TBA	Traditional Birth Attended
TOP	Termination of Pregnancy
TT	Tetanus toxoid
UV	Ultra Violet
UNICEF	United nations Childrens Fund
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory Test for Syphilis
VIP	Ventilated latrine
WHO	World Health Organisation



BYLAE I:
BEWYS VAN NEXUS SOEKTOG



NEXUS DATABASE SYSTEM

[Back to display](#)[Professional search](#)[Nexus](#)[NRF](#)[Full display](#)[Display](#)

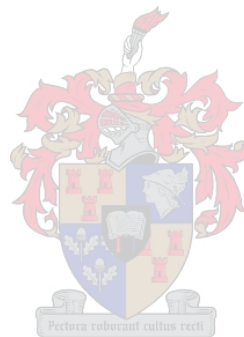
Retrieved 1 records. Displaying item 1 - 1

Current and Completed Research Projects *Report*

Project	967326
Researcher(s)	Vilakazi SS
Title	Integration of the primary health care approach into a Community Nursing Science curriculum
Language	English
Purpose	11 MCur
Status	Completed Year of completion :- 1999
Institution(s)	Rand Afrikaans University (RAU) Dept of Nursing
Subject	Health sciences Training and education
Intended publication	Dissertation
Abstract	

The purpose of this study is to describe guidelines for the integration of the **primary health care** approach into a Community **Nursing Science** curriculum in a **nursing** college in Gauteng. According to the South African Government, **health worker** training and community **health** require that a nurse must be comprehensively prepared to function independently in the **primary health care** setting. The existing nurse training for a comprehensive basic diploma is based in curative services rather than on the community. This creates a gap in that the **primary health care** approach is not adequately integrated into a community **nursing science** curriculum. There is a need to describe guidelines for the integration of the **primary health care** approach into a community **nursing science** curriculum in a **nursing** college in Gauteng. This study is qualitative, exploratory, descriptive and contextual in nature with the purpose of describing guidelines for the integration of the **primary health care** approach into a community **nursing science** curriculum. The purpose was served by conducting the study in three phases and the following objectives were formulated: to explore and describe the perceptions of community nurses regarding the integration of the **primary health care** approach into a community **nursing science** curriculum in a **nursing** college in Gauteng; to explore and describe the perceptions of nurse educators regarding the integration of the **primary health care** approach into a community **nursing science** curriculum in a **nursing** college in Gauteng; and to describe guidelines for the integration of the **primary health care** approach into a community **nursing science** curriculum for a **nursing** college in Gauteng. The study was conducted with the **Nursing for the Whole Person Theory** (Oral Roberts University Anna Vaughn School of **Nursing**, 1990:136-142; RAU, 1994:NWPT) as a point of departure. The functional approach (Botes, 1994:12) in **nursing** research was utilised, as the described guidelines will be used to improve community **nursing science** theory and practice. In Phase 1 of the study, focus group interviews were conducted to gather data. Ten community nurses from the District **Health** Authority in the Western Vaal Substructure, referred to as Group A respondents, were purposively selected for this study. In Phase 2 of the study, focus group interviews were conducted with Group B respondents, who consisted of ten nurse educators from a **nursing** college, who were purposively selected for the

study. Respondents in both groups were asked the same two questions: (1) What are your perceptions regarding the integration of the **primary health care** approach into a community **nursing science** curriculum for student nurses following a four-year basic comprehensive diploma course? (2) How can the **primary health care** approach be integrated into a community **nursing science** curriculum? The interviews were conducted by an expert in research and interviewing skills. A tape recorder was used with the permission of both groups of respondents. Follow-up interviews were also conducted with three respondents in each group to verify the data gathered during the focus group interviews. Data was analysed according to Tesch's (In: Cresswell, 1994:155) protocol. A qualitative data analysis specialist was used as independent coder to ensure trustworthiness of data analysis. Guba's (In: Lincoln & Guba, 1985:289-300) **model** of trustworthiness in qualitative research was used. Consensus on categories was reached between the independent coder and the researcher. The result of Phase 1 and Phase 2 of the study were categorised according to the **model** of curriculum development of Nicholls and Nicholls (1972:21). Literature control was conducted and conclusions were inferred by means of deductive and inductive reasoning strategies. In Phase 3, the guidelines for integration of the **primary health care** approach into a community **nursing science** curriculum in a **nursing college** in Gauteng, based on conclusions inferred from Phase 1 and Phase 2 results, are described. Finally, recommendations are made and the application of guidelines in **nursing education**, **nursing practice** and **nursing research** is described.



NEXUS DATABASE SYSTEM

[Back to display](#)[Professional search](#)[Nexus](#)[NRF](#)[Full display](#)[Display](#)

Retrieved 1 records. Displaying item 1 - 1

Current and Completed Research Projects *Report*

Project	953406
Researcher(s)	De Villiers L Tel. +27 12 429-6770 Fax. +27 12 429-6688 Email: dvilll@unisa.ac.za
Title	'n Model vir kurrikulumontwikkeling in verpleegkunde = A model for curriculum development in nursing
Language	Afrikaans
Purpose	12 DLitt et Phil
Status	Completed Year of completion :- 1999
Institution(s)	University of South Africa (UNISA) Dept of Nursing
Subject	Health sciences Education and training
Intended publication	Thesis
Abstract	<p>The researcher undertook theoretical research to develop a curriculum development model for the Diploma for Registration as a nurse (general, psychiatric, community) and midwife. There are two main tendencies that influence nursing education. On a global level nursing education is influenced by realities that are inherent in an information technology-driven world. This requires the development of critical thinking skills, adaptability to constant social change and a commitment to life-long learning. Nationally, nursing education is influenced by a national health system requiring trained nurses who are able to render comprehensive health care. A situation analysis resulted in the identification of two main concepts that influence the nursing curriculum namely, critical thinking and comprehensive health care. Previous research indicates that nurse educators are outdated in terms of developments in education. This can have negative consequences for innovative curriculum development in nursing in order to position the nursing profession strategically to meet the demands of the next century. This limitation prompted the researcher to conduct research that was aimed at designing a comprehensive curriculum development strategy to serve as a practical guideline on how to implement curriculum development in nursing. Based on an analysis of the concept curriculum, a situation analysis and the interpretation thereof, the researcher conceptualised the curriculum development model for nursing. The model will enable nurse educators to effect fundamental curriculum change and the development of a relevant curriculum by completing specified curriculum development tasks systematically. The implications of the concepts critical thinking and comprehensive health care for the nursing curriculum, were elucidated by formulating criteria for a new nursing curriculum.</p>
Contact details	De Villiers L

NEXUS DATABASE SYSTEM

[Back to display](#)[Professional search](#)[Nexus](#)[NRF](#)

Retrieved 1 records. Displaying item 1 - 1

Current and Completed Research Projects *Report*

Project	203895
Researcher(s)	Potgieter E
Title	Innovative teaching strategies within a nursing education model
Language	English
Purpose	12 DLitt et Phil
Status	Completed Year of completion :- 1996
Institution(s)	University of South Africa (UNISA) Dept of Advanced Nursing Sciences
Subject	Medical sciences: Nursing Training and education
Abstract	<p>Recent nursing literature has repeatedly proclaimed the need for creativity in nursing. The complexity of contemporary nursing practice as a result of the explosion of knowledge and technology, changing human values and diverse health care systems, requires an innovative and creative nurse who can adapt to change and provide holistic, individualised, context-specific patient care. Higher levels of cognitive thought, creative thinking and problem-solving skills have been stressed as desirable qualities of student nurses. It is suggested in the literature that the evolution of innovative strategies and the ways to implement them into nursing curricula be explored in order to assist and encourage students to develop these higher cognitive skills. From an analytical study of the literature which was undertaken with the aim of exploring the nature of creativity and the processes involved in creative thinking and learning, and of identifying innovative strategies particularly relevant to the teaching of nursing, it became apparent that the most significant determinants in teaching for creativity, are the learning environment, the educator-student relationship, and the provision of a variety of teaching strategies, which are student-centred with a problem-solving focus. It was established that stimulation of both the left and right hemispheres of the brain is essential for the development of creative thinking skills. Based on the insights and knowledge gained in the study, a nursing education model for the fostering of creativity was developed. This model encompasses a wide variety of didactic considerations and is designed to stimulate whole brain learning. It is hoped that its use will be of value in the production of innovative and courageous nurse practitioners who will be better equipped to cope with the changes and challenges of their working environment and be able to provide context-specific nursing care.</p>

NEXUS DATABASE SYSTEM

[Back to display](#)[Professional search](#)[Nexus](#)[NRF](#)[Full display](#)[Display](#)

Retrieved 1 records. Displaying item 1 - 1

Current and Completed Research Projects *Report*

Project	947284
Researcher(s)	Adejumo O
Title	Models of psychiatric nursing education in developing countries: comparative study of Nigeria and Botswana
Language	English
Purpose	12 DLitt et Phil
Status	Completed Year of completion :- 1999
Institution(s)	University of South Africa (UNISA) Dept of Nursing
Subject	Medical sciences: Nursing Psychiatric and neurologic nursing
Intended publication	Thesis
Abstract	

Against the perspectives of the mental health needs of the people of Africa, this study explored and compared the models of psychiatric-mental health nursing education in two sub-Saharan African countries - Botswana and Nigeria. The primary purpose of the study was to assess the design, the implementation, the factors that influence and the perceived usefulness of psychiatric-mental health nursing education programmes in developing African countries, using Nigeria and Botswana as examples. A self-reporting questionnaire, administered to psychiatric nurse educators from the two countries of concern, provided the primary source of data. A curriculum evaluation checklist based on Horan, Knight, McAtee and Westrick (1984) was used to assess the components of the existing psychiatric nursing education curricula from the two countries. Discussions were also held with practising psychiatric nurses and officials of the nursing regulatory bodies from the two countries. Data from both countries revealed that participants used various terms to describe the same model for psychiatric-mental health nursing education adopted in their countries. Botswana, however, adopted a more functional generalist basic diploma nursing education approach which encouraged a more advanced post-basic diploma specialisation and practice in community psychiatric-mental health nursing. Nigeria's model leaned towards a hospital centred basic specialisation with no defined role for the generalist nurse within the psychiatric-mental health nursing care system. Community theme occurred in both countries' curricula with varying degrees of emphasis, as all the programmes claimed the intent to make psychiatric-mental health nursing service available to individuals, families and the communities at all levels of care. Psychiatric-mental health nursing education programmes of the two countries had been influenced at different times by war, colonial history, changing standards of health care delivery, government health policies, economic status of the country, professional status of nursing and the changing standard of education. A model that streamlined psychiatric-mental health nursing education within the general system of education in both countries was proposed. It was stressed that one key concept that must underlie the development of psychiatric-mental health nursing education was the need to create a mental health nursing role that would be appropriate for people's health needs

NEXUS DATABASE SYSTEM

[Back to display](#)
[Professional search](#)
[Nexus](#)
[NRF](#)


[Display](#)


Retrieved 1 records. Displaying item 1 - 1

Current and Completed Research Projects *Report*

Project	946174
Researcher(s)	VAN ASWEGEN EJ
Title	Critical reflective practice: conceptual exploration and model construction
Language	ENGLISH
Purpose	12 D LITT ET PHIL
Status	Completed Year of completion :- 1999
Institution(s)	UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA (UNISA) DEPT OF NURSING
Subject	HEALTH SCIENCES NURSING AS PROFESSION
Intended publication	Thesis
Abstract	<p>Although it is relatively easy to study and learn about a practice discipline in the safe environment of an academic institution, it is far more complex to make sense of what has been learned when faced with the real world of practice. Practitioners need to think on their feet and have to find new ways of managing complex problems which do not fit directly into the theoretical frameworks learned in a more formal setting. Knowledge of what the various disciplines say is not in itself sufficient, experiential knowledge is necessary. The key to learning in the experiential domain is critical reflective practice and emancipatory learning, which empower practitioners to explicate their implicit theories. Of autonomy is the goal of professional education, the key is to help adult learners to distance themselves from their own values and beliefs in order to entertain more abstract modes of perception. The purpose of this inquiry was therefore, to construct a model for facilitation of critical reflective practice, based on thorough analysis of the main concepts (critical thinking and reflection), related viewpoints, models and theories, and the data gathered and analyzed during, the naturalistic inquiry. The inquirer sought to develop each participant through Socratic and Learning Through Discussion (Dialogical) Technique, Critical Incident Reporting and participation in critical reflective exercises. The constructed model for facilitation of critical reflective practice evolved from empirical observations, intuitive insights of the inquirer and from deductions combining ideas from several fields of inquiry. The model for facilitation of critical reflective practice postulates that practitioners have the inherent potential to change from auto-pilot practice to critical reflective practice. The purpose of the model is the facilitation of heightened awareness of the self, to enable health care professionals to consciously meet community needs and expectations. The desired outcome is transformative intellectuals who will strive to empower others to become critical reflective learners and practitioners.</p>

NEXUS DATABASE SYSTEM

[Back to display](#)[Professional search](#)[Nexus](#)[NRF](#)[Full display](#)[Display](#)

Retrieved 1 records. Displaying item 1 - 1

Current and Completed Research Projects *Report*

Project	910395
Researcher(s)	CROUS JS
Title	DIE ONTWERP VAN 'N EFFEKTIEWE, GEÏNDIVIDUALISEERDE ONDERRIGMODEL VIR DIE OPLEIDING VAN VERPLEEGKUNDIGES = THE DESIGN OF AN EFFECTIVE, INDIVIDUALIZED TEACHING MODEL FOR THE TRAINING OF NURSES
Language	AFRIKAANS
Purpose	12 D LITT ET PHIL
Status	Completed Year of completion :- 1995
Institution(s)	UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA (UNISA) DEPT OF NURSING
Subject	HEALTH SCIENCES EDUCATION AND TRAINING
Intended publication	THESIS
Abstract	<p>The purpose of this study is to implement an individualised instructional model to bridge the gap between theory and practice, to address shortcomings in educational programmes based on traditional approaches and evaluate the efficacy of the individualised instructional model. From the literature study it was concluded that individualised instruction could address some of the shortcomings of existing instructional approaches and could contribute to active involvement of student nurses. The rationale for and the design of such an individualised education system constitute the field of research for this study, during which it was endeavoured to formulate a didactically founded individualised education system. An individualised instructional model was developed according to didactical and scientifically founded principles, which offer students the opportunity to acquire and develop practical skills. The method of study consisted of two dimensions: a literature study and an empirical investigation. The research group of the empirical study consisted of 240 respondents. The control group (120 respondents) was exposed to the conventional instructional approach, and the experimental group to the individualised approach. The experimental design entailed a comparison of biographical data and academic achievement of both groups. An opinion survey was conducted among students, lecturers and nursing managers who had been exposed to the individualised instructional model. The different stages of the instructional design process were utilised as guidelines for designing the model. The instructional model was discussed on three levels: macro level (South African Council of Nursing), meso level (teaching institution) and micro level (involved persons' function and teaching approach). Important conclusions drawn from this empirical study, are: the conventional instructional approach does not ensure the active involvement of student nurses; the individualised instructional method, as an educational model for nurses, renders better results than the conventional instructional method; individualised instruction indeed has advantages in diminishing or counteracting existing inadequacies in the instruction of nurses at the Ann Latsky Nursing College. Although certain shortcomings were experienced in the practical</p>

guidance of student nurses, a well planned clinical orientation programme should surmount these problems. Key terms: Individualised learning,, individualised instruction; learning styles; mastery domain; student needs; **education** systems; evaluation; independent study; instructional **models**; theory.

